Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 51. 23. December. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 37. Jahrgang.

Originalien.

Aus der k. Universitäts-Klinik für Augenkranke in Erlangen.

Ein Fall von Neuralgia ciliaris traumatica. Beseitigung durch Galvanocaustik.

Von Prof. Dr. *O. Eversbusch.*

Am 7. August ds. Js. stellte sich in der Sprechstunde der Universitäts-Poliklinik für Augenkranke der 26 Jahre alte Seilerwaren-Fabrikarbeiter M. K. von Bamberg vor und machte folgende Angaben:

Früher stets gesund und insbesondere nie augenleidend, erlitt der Kranke am 17. October 1889 bei der Arbeit eine Verletzung dadurch, dass ihm beim Abziehen des Hanfes eine sogenannte Hechelnadel entzweisprang und die Spitze derselben in das rechte Auge flog. Sein Nebenarbeiter zog ihm dieselbe sogleich wieder heraus. Bald nach der Verletzung begab sich K. in das Bamberger städtische Krankenhaus, wo er auf der Abtheilung des Herrn Collegen Oberwundarzt Dr. Nebinger in Behandlung genommen wurde.

Bereits am 17. Nov. 1889 war das verletzte Auge vollkommen reizfrei, so dass der Kranke an diesem Tage aus der Behandlung entlassen werden konnte.

Unmittelbar nach der Verletzung stellte sich, wie K. angibt, bei ihm ein heftiges Brennen im verletzten Auge ein, welches er mit dem Gefühle vergleicht, „wie wenn man beim Waschen sich Seife in das Auge bringt." Er nahm seine frühere Arbeit in altgewohnter Weise wieder auf, bemerkte indessen, dass er in derselben im steigenden Grade behindert wurde durch ein stechendes Gefühl und durch fortdauerndes Brennen im verletzten Auge, welch' letztere Erscheinung ihn während der Zeit, da er in ärztlicher Behandlung stand, kaum genirt hatte, welche aber gleich stärker auftrat, als er zu arbeiten begann. Dabei kam es auch manchmal vor, dass er momentan die Hechelnadel nicht mehr sehen konnte, „da es wie ein Nebel vor das Auge kam". Alsdann wurde auch das Brennen so heftig, dass K. aufhören musste, zu arbeiten. Da dieser Zustand auch in den folgenden Monaten nicht abnahm, im Gegentheil immer der gleiche blieb, und da der Kranke sich hierdurch in seiner Leistungsfähigkeit immer erheblicher beeinträchtigt fühlte, so suchte er auf Veranlassung seiner Fabrikkrankenkasse am oben genannten Tage Hilfe in unserer Klinik.

Der Aufnahmebefund war folgender:

Der Allgemeinzustand gut; Patient gross und kräftig gebaut; die Untersuchung der inneren Organe ergab keine erkennbaren Störungen; auch die wiederholt vorgenommene Harnuntersuchung war von einem negativen Resultate begleitet.

Augenbefund: Linkes Auge: gute centrale Sehschärfe (V. c. = 6/5, Sn 1^{I}_{II} in 62—10 cm gelesen). Auch die ophthalmometrische Untersuchung der Cornea ergab keine Krümmungsanomalie. In der Iris bestand eine Andeutung einer Membrana pupillaris perseverans (in Gestalt eines von unten temporal nach oben nasal verlaufenden ca 1 mm langen, aus dem Pupillartheile des unteren temporalen Irisabschnittes entspringenden feinen Fadens). Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab ebenfalls keine nennenswerthen Abweichungen von der Norm.

Das Gesichtsfeld war normal, ebenso der Farbensinn, Motilität u. s. w.

Auf dem rechten Auge beträgt die Sehschärfe 6/6; in der Nähe wurde feinste Diamantschrift in 55—10 cm gelesen. Die Bedeckungen des Auges erscheinen normal. Die Lidbindehaut leicht blutüberfüllt und geringgradig geschwellt. Die Augapfelbindehaut von gleichem Aussehen wie links; auch die Hornhaut erscheint in allen Theilen klar und durchsichtig und, wie die Untersuchung mit dem Javal'schen Ophthalmometer zeigt, regelrecht gekrümmt. Eine Anomalie am temporalen Corneal-Limbus und an den angrenzenden Theilen der Augapfelbindehaut bezw. Lederhaut d. h. an der Stelle, an welcher nach Angabe des Kranken die Hechelnadel eingedrungen war, liess sich bei der Betrachtung mit freiem Auge und bei der Untersuchung mit schiefer Beleuchtung nicht nachweisen.

Erst bei genauester Durchmusterung dieser Partien mittelst des Westien-Zehender'schen Cornealmikroskopes liess sich etwa 2 bis 3 mm nach abwärts vom wagerechten Hornhautdurchmesser im Corneascleralborde in der Conjunct. sclerae beziehungsweise in der Sclera eine schräg von unten temporal nach oben nasal verlaufende feine, punktförmige, ca 1/2 mm Durchmesser haltende, sehnigweisse Narbe entdecken. Die Vorderkammer war von normaler Tiefe. Iris, wie links von hellblaugrüner Färbung, zeigt in den unteren nasalen Partien mehrere Einlagerungen farbigen Pigmentes und in ähnlicher Weise, wie im linken Auge, im unteren temporalen Abschnitte ein Rudiment einer Membrana pupillaris perseverans von gleicher Verlaufsrichtung und auch sonst gleicher Beschaffenheit. Die Pupille, von gleichem Durchmesser wie links, ist gleichmässig rundlich gestaltet, die Reactionen derselben ebenfalls vollkommen prompt, gleich denen des linken Auges.

Auch die genaueste, mit der binocularen Corneallupe vorgenommene Untersuchung des der vorher erwähnten, in der Sclera gelegenen Narbe entsprechenden Irisabschnittes ergab kein bemerkenswerthes Resultat; insbesondere war der der Kammerwinkelregion benachbarte sichtbare Theil des ciliaren Irisabschnittes in diesem Sector weder dunkler pigmentirt noch entfärbt, ebensowenig vorgedrängt oder retrahirt.

Auch die Untersuchung der inneren Bulbustheile ergab keinerlei erwähnenswerthe Störungen oder Abweichungen. Ebensowenig war perimetrisch oder sonstwie etwas Krankhaftes am rechten Auge nachweisbar. Die Sensibilität der Conjunctiva, Cornea und Sclera war, insbesondere auch in der Narbenregion, weder gesteigert, noch herabgesetzt.

Gleichwohl blieb der Kranke unentwegt bei seiner Angabe stehen, dass er fortwährend am rechten Auge Schmerzen empfinde, die namentlich sich steigerten, wenn das Auge accommodativen Anstrengungen ausgesetzt war.

Die Behandlung konnte Angesichts des Fehlens eines die Klagen des Kranken erklärenden objectiven Anhaltspunktes nur eine symptomatisch-probatorische sein.

Ich liess daher für mehrere Tage eine ganz schwache Zinklösung einträufeln, ging, nachdem sich das als gänzlich belanglos erwiesen, über zur galvanischen Behandlung und fügte dieser späterhin hinzu Einträufelungen einer 2—5 proc. Cocainlösung. Aber Alles war vergeblich, so dass ich wiederholt auf die Vermuthung kam, dass es sich am Ende bei dem Kranken doch um nichts Anderes als um eine Uebertreibung, wenn nicht gar um eine vollkommen zielbewusste Täuschung handle. Wer viel mit Unfallverletzten in den letzten Jahren zu thun gehabt hat, wird leider zu oft zu solchen misstrauischen Unterstellungen gedrängt.

Nach Dem, was ich indessen von den Vorgesetzten des Patienten, als auch von völlig uninteressirten Leuten, die K.'s bürgerlichen Ruf kannten, vernommen, musste ich diesen Verdacht fallen lassen, zumal auch die sorgfältigste Beobachtung in der Anstalt keine Veranlassung zur Annahme einer Simulation oder Aggravation von Seiten des Kranken bot.

Der objective Befund an sich vermochte, wie schon bemerkt, keine befriedigende Erklärung der subjectiven Klagen zu bieten. Andererseits trat aber an mich die Frage heran, zu entscheiden, ob die letzteren mit dem am 17. October 1889 im Betriebe passirten Unfalle in ursächlichem Zusammenhange standen oder nicht. Nach Lage der Dinge konnte ich das weder absolut bejahen noch verneinen.

In diesem Dilemma, und um nach jeder Richtung hin den Unfall gründlichst beurtheilen zu können, erschien mir eine genauere Kenntniss des unmittelbar nach der Verletzung bei K. vom erstbehandelnden Collegen festgestellten Augenbefundes im höchsten Grade wünschenswerth. Denn es bestand doch die Möglichkeit, dass dabei Veränderungen constatirt worden waren, welche im weiteren Heilverlauf sich zurückgebildet hatten, ohne erkennbare Merkmale zu hinterlassen. Auf meine Veranlassung theilte mir Herr College Nebinger, dem ich für seinen freundlichen Bericht auch hier meinen besten Dank ausspreche, Folgendes mit:

„Als K. zu mir kam, war die kleine Stichwunde der Binde- und Liderhaut am äusseren unteren Rande der Hornhaut bereits oder schon geschlossen. Die Vorderkammer gut gefüllt. Die Regenbogenhaut anscheinend ebenso wie die tiefer liegenden Gebilde des Augapfels unverletzt; eine wesentliche Sehstörung nicht vorhanden. Ebenso keine Störung der Bewegungen des rechten Auges. Nur war die rechte Pupille etwas erweitert und ungleichmässig gestaltet, indem der untere äussere Theil des Pupillarrandes leicht convex gegen das Centrum der vorderen Linsenkapsel vorsprang.

Auf Einträufluug von Atropin erweiterte sich indessen die Pupille ziemlich rasch und vollständig und nahm ihre normale rundliche Form an. Die Verletzung heilte unter antiseptischem Occlusivverband ohne Störung. Am 9. Nov. v. Js. thränte das Auge noch etwas, am 17. Nov. waren keine krankhaften Veränderungen mehr nachzuweisen und K. begann wieder zu arbeiten. Nach dem Untersuchungsbefund vom 17. Oct. v. Js. nahm ich an, dass die Hechelzacke durch die Conjunctiva und Sclera des rechten Auges in die Vorderkammer bis zur Iris vorgedrungen sei. Nachdem am 17. Nov. v. Js. das Auge nicht mehr injicirt war, nicht mehr thränte und Sehstörungen und Veränderungen im Augeninnern nicht mehr vorhanden waren, nahm ich an, dass K. von den Folgen der Verletzung vom 17. Oct. vollständig geheilt sei."

Auf Grund dieses Berichtes konnte es keinem Zweifel mehr unterliegen, dass das verletzende Instrument nicht nur in das Scleralgewebe eingedrungen war, sondern auch einen nachbarlich gelegenen Punkt der Irisperipherie und vielleicht auch den angrenzenden Theil des Corpus ciliare betroffen hatte. Offenbar war durch das Trauma eine Ablösung der Iris von ihrer ciliaren Insertion bewirkt worden. Nur so wird die beschriebene Formveränderung der Pupille verständlich und ganz gut passt zu dieser Auffassung auch der Umstand, dass die convexe Vorbauchung des Pupillarrandes genau in der Linie gelegen war, welche man sich von der rundlichen Perforationsstelle im Scleralbord gezogen denken kann zum Centrum der Pupille. Dass der Irisriss nicht sichtbar geworden ist, kann nicht befremden, da er in dem auch der seitlichen Beleuchtung unzugänglichen Ciliarrandabschnitte gelegen haben dürfte. Gross kann er jedenfalls nicht gewesen sein, denn nur selten findet eine Heilung der Iridodialysis statt.

Eine solche muss aber angenommen werden, da später keinerlei, auch nicht die geringste Verbreiterung des Irisflächendurchmessers im verletzten Theile am rechten Auge gegenüber dem entsprechenden Abschnitte des linken Auges nachweisbar war. Dass diese Heilung erfolgte, ist sicherlich zu danken gewesen der alsbaldigen Anwendung des Atropin, welches eine schnelle Annäherung der Ränder der Iriswunde bewirkte und eine Verklebung derselben begünstigte.

Jetzt erschienen auch die subjectiven Beschwerden des Verletzten in klarerem Lichte. War es nicht möglich, dass das eindringende Instrument direct eine Verletzung eines oder einzelner sensibler Nervenästchen, die gerade an der verletzten Stelle der Iriswurzel gelegen, bewirkt hatte? Andererseits erschien mir auch ein Causalnexus in der Art denkbar, dass der Irisriss verheilte entweder mit Einheilung eines dieser sensiblen Aestchen, oder, wenn das nicht der Fall gewesen, in der Art, dass die Narbe eine Zerrung ausübte an nachbarlich verlaufenden Gefühlsnervenverzweigungen. Dass diese Zerrung irradiirend sowohl gegen die Iris hin verlaufende, als auch im Corpus ciliare sich verbreitende Aeste getroffen haben muss, wird auch dadurch wahrscheinlich, um nicht zu sagen: sicher gemacht, dass die mehrfach erwähnten subjectiven Empfindungen des Kranken regelmässig dann besonders heftig und unerträglich wurden, wenn sich derselbe greller Beleuchtung aussetzte oder Arbeiten verrichtete, bei denen eine starke Anspannung der Accommodation und damit auf synergischem Wege auch eine lebhaftere Pupillenverengerung eintrat. Durch die bei der letzteren stattfindende Flächenausbreitung der Iris und durch den dabei stattfindenden Zug der peripheren Iristheile gegen die Mitte der Pupille ist eine starke Zerrung der in dem Grenzgebiete von Iris und Corpus ciliare gelegenen sensiblen Verästlungen erklärlich genug.

Auch die Hereinrückung des Fernpunktes, die sich nicht nur bei der ersten, sondern auch bei den folgenden Untersuchungen in derselben Weise darthun liess, lässt sich nur verstehen unter der Annahme einer auf das Corpus ciliare wirkenden Irritation von sensiblen Nerven, welche reflectorisch ebenso wie sie eine länger dauernde Contraction des Muscul. ciliaris erschwerte, auch eine maximale Erschlaffung desselben verhinderte. Die Fernpunktannäherung auf eine Myopie zu beziehen, ist unzulässig, da die wiederholte, nach vorausgegangener Hyoscineinträufelung vorgenommene ophthalmoskopische Refractionsuntersuchung regelmässig wie auf dem linken, so auch auf dem verletzten rechten Auge eine emmetropische Einstellung ergab. Uebrigens wurden auch bei der optometrischen Untersuchung von dem Kranken regelmässig selbst schwächste Zerstreuungsgläser als verschlechternd zurückgewiesen.

Eine Reflexneurose der Ciliarnerven, bedingt durch eine Hyperästhesie der Netzhaut, konnte ebenfalls nicht ernstlich in Betracht gezogen werden, da der geschilderte subjective Symptomencomplex nicht nur als Empfindlichkeit gegen Licht und als schnelle Ermüdung bei accommodativen Anstrengungen, sondern auch spontan zu Tage trat und bei dem Kranken eigentlich fortwährend bestand.

Im Hinblick auf die durch die Mittheilung des Herrn Collegen Nebinger bewirkte Aenderung der diagnostischen Auffassung des Falles, glaubte ich eine definitive Entscheidung der Frage, in welchem Grade der Verletzte als erwerbsbeschränkt angesehen werden dürfte, noch nicht abgeben zu sollen. Mir schien es vielmehr im Interesse der betreffenden Berufsgenossenschaft nicht minder, als auch in dem des Kranken selbst dringlichst angezeigt, ernstlich zu erwägen, ob nicht doch durch die eine oder andere Behandlung die aus der sehr wahrscheinlich gewordenen Zerrung der ciliaren Gefühlsnervenendigungen resultirenden subjectiven Beschwerden endgiltig behoben werden könnten.

Ich dachte in dieser Beziehung zunächst an ein Vorgehen analog der chirurgischen Therapie der Infra-, bezw. Supraorbital- und verwandter Neuralgien. Aber weder eine Excision der eingeklemmten Nervenästchen erschien möglich noch auch eine Resection, noch viel weniger aber eine Ausreissung des oder der eingeklemmten Nervenstückchen oder der Versuch einer Nervendehnung.

Bei jeder dieser drei Encheiresen wäre eine partielle Entfernung von Sclera nothwendig geworden. Wie wäre das zu machen gewesen ohne eventuellen Vorfall von Iris oder Corpus ciliare. Eine Schliessung des gesetzten Defectes durch eine Sutur wäre aber ebensowenig empfehlenswerth gewesen wegen der damit unumgänglich verknüpften Veränderung der Cornealkrümmung, abgesehen davon, dass eine glatte Heilung einer zum Klaffen neigenden Skleralwunde sehr zweifelhaft gewesen wäre. Auch die noch übrig bleibende Iridectomie, welche Klein in verzweifelten Fällen von Ciliarneuralgie als letztes Auskunftsmittel in Vorschlag bringt, schien mir, so einfach und unbedenklich der operative Eingriff an sich gewesen wäre, nicht rathsam wegen der damit unvermeidlichen Vergrösserung des Pupillarareales und der dadurch bedingten Nachtheile für die centrale Sehschärfe.

Ich kam somit nach reiflicher Ueberlegung auf den Gedanken, eine Ausmerzung der die subjectiven Störungen muthmasslich veranlassenden Stelle zu bewirken durch Anwendung des Galvanocauters.

Ich nahm unter Cocainanästhesie eine ausgiebige, auch in die Tiefe gehende, bis in's Corpus ciliare und in die Irisperipherie dringende Cauterisation der narbigen Stelle der Sclerotica vor, so dass schliesslich ein sich nach hinten verjüngender ca. $2^1/_2 - 3$ mm langer und ca. $1^1/_2 - 2$ mm im Durchmesser

haltender Cauterisationscanal vorhanden war. Zum Schlusse legte ich einen doppelseitigen Occlusivverband an.

Schon bei der am nächsten Tage stattfindenden Abnahme des Verbandes gab der Kranke aus freien Stücken an, dass sowohl das Stechen, wie auch das brennende Gefühl vollständig verschwunden sei. So ist der Zustand auch geblieben bis auf den heutigen Tag (18. December 1890).

Bemerken will ich bezüglich der Heilung des Cauterisationscanals, dass derselbe bei der ersten Inspection nach der Operation vollkommen ausgefüllt erschien mit einer bräunlich-grau aussehenden Schorfmasse, die sich in der Folgezeit immer mehr concentrirte, verkleinerte und schliesslich ganz verschwand. Bei der letzten Besichtigung am 29. XI. 90 war der cauterisirte Bezirk nur noch kenntlich an einer strahligen Narbe in der Conjunctiva, welche mit der Umgebung vollkommen im gleichen Niveau lag.

Auch an diesem Tage erwies sich der Kranke gänzlich befreit von allen subjectiven Beschwerden, die ihn früher in so lästiger Weise befallen hatten. Auch die Hereinrückung des Fernpunktes war verschwunden, ebenso das Gefühl der accommodativen Belastung.

Die Veröffentlichung vorstehender Beobachtung schien mir nicht nur ein specialistisches Interesse zu besitzen, sondern bei dem häufigen Vorkommen von perforirenden Augenverletzungen, bei denen die ärztliche Hilfe von dem Universalpraktiker geleistet wird, auch für die weiteren Kreise der Collegen, zumal Derer, die als Fabrikärzte thätig sind, von Bedeutung zu sein.

Ueber die belangreiche Beziehung, welche eine derartige locale traumatische Neurose für die unfallärztliche Beurtheilung haben kann, brauche ich mich nicht weiter auszusprechen.

Ob eine nach einer geheilten Verletzung der vorderen Bulbushälfte zurückbleibende Ciliarneuralgie in der Art, wie ich sie im Vorstehenden beschrieben, schon anderen Beobachtern unter die Hände gekommen ist, vermag ich nicht zu sagen. Das Studium der Specialliteratur hat mir in dieser Hinsicht kein positives Ergebniss geliefert.

Von analogen, aber klinisch ganz anders gearteten Beobachtungen habe ich nachträglich nur 3 Fälle gefunden.

In dem einen von Bader in den Ophthalm. Hosp. Reports. Vol. I, pag. 216 mitgetheilten Falle wurde wegen Ciliarneurose ein Bulbus exstirpirt, welcher in Folge eines vor einem Jahre erlittenen Steinwurfes atrophisch geworden war. Die anatomische Untersuchung ergab ein stecknadelkopfgrosses Neurom eines Ciliarnerven in der Gegend der an die Skleralnarbe fest angehefteten Aderhaut.

Der folgende, von Wh. Cooper (Assoc. med. Journal Aug. 1853) veröffentlichte Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass eine leucomatöse Narbe den Grund zu einer Ciliarneurose abgab:

Bei einem 22jährigen Jüngling bestand bereits 3 Jahre lang nach einer Hornhautverletzung die heftigste Ciliarneurose, so dass der Kranke ganz heruntergekommen und elend geworden war. Anfangs waren zeitweise pustulöse Ophthalmien dagewesen. In der stark prominirenden Narbe, welche zwei Drittheile der Hornhaut einnahm, sah man bei genauer Betrachtung an der hervorragendsten Stelle einen kleinen weissen, schuppenartigen Fleck. Die gesammte Hervorragung wurde abgetragen, und in der folgenden Nacht schlief der Operirte zum ersten Male ruhig. Der Schmerz kehrte auch später nicht wieder. Die abgetragene Partie bestand aus den Elementen des Narbenstaphyloms, die schuppenförmige Stelle aus kalkhaltiger Ablagerung.

Dass eine traumatische Ciliarneurose sogar Veranlassung geben kann zum Ausbruch einer Reflexepilepsie, beweist die Beobachtung von Szokalski, die ich auszugsweise mir mitzutheilen erlaube:

Ein 33jähriger, dem Trunke ergebener Mann litt in Folge einer Verletzung mit einem Steinwurf an einer Hornhautnarbe des linken Auges mit vorderer Synechie. Einige Zeit später wurde er plötzlich ohne neue Ursache von der heftigsten Lichtscheu, von Photopsien und Schmerzen in diesem Auge, sowie in der Stirn und Schläfe befallen, denen sich nach einer halben Stunde Schwindel und Convulsionen anschlossen. Vorher hatte dieser Mann nie Krämpfe gehabt, nur seine Mutter war in ihrer Jugend epileptisch gewesen. Von jetzt ab kehrten fast alle Monate diese Anfälle wieder und jedesmal ging die Aura von dem linken Auge aus. Man schlug dem Kranken vor, die Hornhaut mit der verwachsenen Iris zu spalten, doch verweigerte er diese Operation. Nach längerer Dauer der Krankheit trat unmittelbar nach einem epileptischen Anfalle eine höchst schmerzhafte suppurative Augenentzündung auf, die mit Phthisis des Bulbus endete. Leider konnte man nicht ersehen, ob sich ein fremder Körper mit entleert hatte. Von jetzt ab war der Kranke von der Epilepsie dauernd geheilt.

Ob die Heilung des von mir geschilderten Falles eine definitive sein wird, lässt sich natürlich nicht mit absoluter Bestimmtheit sagen. Im Falle einer Recidivirung des subjectiven Symptomencomplexes würde von einer wiederholten Galvanocauterisation nicht viel zu erwarten, vielmehr eine andere chirurgische Encheirese in Erwägung zu ziehen sein.

Uebrigens werde ich in diesem Falle nicht verfehlen, den verehrlichen Lesern dieser Wochenschrift über den weiteren Verlauf erneut Bericht zu erstatten.

Erfahrungen und Beobachtungen über die Behandlung der Tuberculose nach der Koch'schen Methode.[1])

Von Geheimrath *Weber* in Halle a. S.

Meine Herren! Sie wünschen eine Mittheilung meiner Erfahrungen und Beobachtungen, die ich in Berlin über die Behandlung der Tuberculose nach der Koch'schen Methode gemacht habe. Die Möglichkeit der Heilung der Tuberculose nach der Koch'schen Erfindung ist die Frage, die Aller Gemüther bewegt und die Koch'schen Arbeiten sind eine Leistung, die vielleicht einzig in der Geschichte der Medicin dasteht. Das Mittel nämlich, es mag nun alle die Hoffnungen erfüllen, welche auf dasselbe gesetzt werden oder nicht, hat jedenfalls eine specifische Wirkung auf die tuberculös erkrankten Körperstellen, aber das Grossartige dabei ist, dass es nicht wie gewöhnlich durch Empirie gefunden wurde und hinterher wissenschaftliche Erklärungen über seine Wirkungen gegeben wurden, sondern dass es ein Ergebniss einer langen wissenschaftlichen Untersuchungsreihe ist, die in neuen Bahnen sich bewegt. Ich vergleiche die Arbeiten von Koch mit den rein wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Gebiete der Physik, z. B. mit den Arbeiten über Elektricität, bei der folgegerecht Stein auf Stein gebaut wurde, bis das Gebäude so gewachsen war, dass die Welt erstaunte und es erst begriff, als praktische Ergebnisse, wie der Telegraph, das Telephon, das elektrische Licht, die Bedeutung der ganzen Forschung klar vor Augen stellte.

Die Forscher der reinen Naturwissenschaften sprachen der Medicin bisher den Charakter einer wirklichen Wissenschaft nicht zu, jetzt sehen sie eine Arbeit vor sich, die den ihrigen würdig zur Seite steht. — Koch suchte nach den Ursachen der Tuberculose und den tuberculösen Veränderungen, er fand unter verschiedenen Producten den Tuberkelbacillus, fand die Methode, ihn zu isoliren und durch Umzüchtung rein darzustellen, er studirte die Bedingungen, die für seine Lebensfähigkeit und Weiterentwickelung nothwendig sind, seine Impffähigkeit, die tuberculösen Krankheiten, die durch seine Einimpfung entstanden, er stellte fest, dass es nur der Tuberkelbacillus sei, der Tuberculose erzeuge und ging nun dazu über, die Mittel zu studiren, die eine Tödtung der Bacterien und Bacillen bewirkten. Eine Reihe von Mitteln, die dieselben tödteten oder vernichteten, ordnete er nach ihrer Wirkungsweise und ging nun dazu über, specifisch wirkende Mittel zu suchen, die eine Zerstörung der einzelnen pathogenen Mikroorganismen herbeiführten, ohne den thierischen oder menschlichen Körper zu schädigen. Dabei scheint er auch auf neuen Wegen vorgeschritten zu sein und das Mittel, das jetzt die ganze Welt in Aufregung versetzt, gefunden zu haben. Das, meine Herren, ist wissenschaftliche Forschung und diese erfüllt uns mit der grossen Hochachtung, die wir alle dem genialen Forscher entgegen bringen, auch wenn das Mittel nicht alle die Hoffnungen erfüllen sollte, welche alle Welt in dasselbe setzt.

Aus was das Mittel besteht, wie es bereitet wird, hat

[1]) Nach einer im Vereine der Aerzte zu Halle a. S. gemachten Mittheilung.

Koch noch nicht bekannt gegeben. Es ist eine braune klare Flüssigkeit, die in minimalen Mengen, $^1/_2$—2 cg, unter die Haut gespritzt, nach wenigen Stunden auf die tuberculös erkrankten Körperstellen einwirkt und sie in einen entzündlichen Zustand versetzt; zugleich tritt dabei ein heftiges Fieber auf. Die allgemeine Wirkung ist um so stärker, je ausgebreiteter der tuberculöse Process. Es muss also das Mittel in um so geringerer Dosis angewandt werden, je bedeutender die Tuberculose. Dabei wird mancher an einen homöopathischen Lehrsatz erinnert werden, dass nämlich die Arzneimittel um so stärker wirkten und in grösserer Verdünnung gegeben werden müssten, je heftiger die Krankheit sei. Die Uebereinstimmung ist aber nur eine scheinbare. Das Koch'sche Mittel würde bei ausgebreiteter Tuberculose um so stärker und besser wirken, in je stärkerer Dosis wir es anwendeten; wir können es aber nicht, weil die zu starke Reaction des Körpers das Leben gefährden würde. Wahrscheinlich ist es das Mittel nicht selbst, was das starke Fieber erzeugt, sondern Stoffe, die sich durch die Einwirkung desselben auf die tuberculösen Stellen bilden. Ein Mensch der keine Tuberculose hat, bekommt selbst bei grösseren Dosen keine oder nur eine geringe Reaction und so hat das Mittel einen enormen diagnostischen Werth.

Aus den Koch'schen Mittheilungen ist Ihnen bekannt, dass die Tuberkelbacillen durch sein Mittel nicht zerstört oder getödtet werden, dass bloss die tuberculösen Producte beeinflusst und nekrotisch werden und dass sich in den nekrotischen Partien noch lebende und fortpflanzungsfähige Bacillen befinden können. Wird also das nekrotische Gewebe nicht entfernt, so können sich neue Ansiedelungen bilden und Selbstinfectionen und Recidive stattfinden. Das ist der bedenkliche Punkt bei dem Heilungseffect.

Professor Bergmann stellte nun eine ganze Reihe von Tuberculösen vor, zunächst Lupusfälle, darunter die vier von mir hingeschickten. Eine Anzahl wurden vor unseren Augen geimpft, meist mit 1 cg der Flüssigkeit, die ihnen in die Haut des Rückens injicirt wurde. Eine grössere Anzahl war 12 Stunden vor der Vorstellung eingespritzt worden. Diese waren im Reactionsstadium, hatten heftiges Fieber, manche bis oder über 41° C. Sie boten das Bild von schwer Fiebernden, die lupösen Stellen waren stark geröthet, geschwollen und heiss, zum Theil auch schmerzhaft. Es zeigten sich rothe Lupusknötchen an Stellen, an denen man vorher keine solche beobachtet hatte und der Werth als diagnostisches Mittel trat hier deutlich hervor. In einem Falle zeigten sich rothe Streifen auf der Haut, die tuberculös erkrankten und vorher nicht bemerkten Lymphgefässen entsprachen.

Ferner wurden einige ältere Lupusfälle vorgestellt, bei denen bereits nekrotische Schorfe sich gebildet hatten. Dann kamen einige Fälle von Kehlkopftuberculose, einer darunter, bei dem es unentschieden war, ob Krebs oder Tuberculose bestehe. Bei diesem war keine örtliche oder allgemeine Reaction eingetreten und daher angenommen, dass die Affection eine krebsartige sei. Dann Fälle von tuberculösen Gelenk- und Knochenerkrankungen. Die Gelenke waren im Reactionsstadium heiss, sehr unbeweglich, nach demselben beweglicher als früher geworden.

Ferner referirte Herr Oberstabsarzt Dr. Köhler über die Resultate seiner fünfwöchentlichen Behandlung in der Charité. Die Erfahrungen entsprachen denen Bergmann's, mancherlei Besserungen der Kranken, aber noch bei keinem Einzigen eine völlige Heilung. Er betonte, dass man bei tuberculösen Lungenkranken nur sehr geringe Mengen des Koch'schen Mittels, 2—5 mg zu Anfang in Anwendung bringen solle, weil sonst bedrohliche Zufälle eintreten könnten.

Im Uebrigen erfuhr ich, dass auch bei allen übrigen Aerzten noch kein Fall völliger Heilung constatirt sei, von einigen Kranken der Römpler'schen Anstalt in Görbersdorf, die nach Berlin gegangen waren, dass nach dreiwöchentlicher Behandlung der örtliche Befund bei ihnen sich nicht verändert habe, dass sie aber mehrere Pfund an Gewicht abgenommen hätten. — Unter der Hand wurden mir auch 2 Todesfälle mitgetheilt, die ein Opfer der Reactionsperiode geworden seien.

Kurz meine Herren, man kann noch kein bestimmtes Urtheil über die Heilerfolge haben. Die Sache ist noch nicht spruchreif und ich hätte im Interesse von Koch und der ganzen Entdeckung gewünscht, das Mittel wäre zur Prüfung einigen Kliniken übergeben worden und erst dann eine Veröffentlichung erfolgt, wenn bestimmtere klinische Resultate sich ergeben hätten.

Was nun aber auch die weitere Prüfung des neuen Mittels ergeben mag, der Werth der Koch'schen Forschung bleibt für uns ein ausserordentlich hoher und dies ist uns ein Vorbild für alle wissenschaftlichen medicinischen Arbeiten.

Bemerkungen zum Koch'schen Heilverfahren.[1])

Von Prof. Dr. *Bauer*.

Nur wenige Bemerkungen möchte ich den Mittheilungen der Herren Vorredner[2]) hinzufügen. Ich muss vorausschicken, dass mein bisheriges Beobachtungsmaterial ein möglichst ungünstiges war, indem fast ausschliesslich ziemlich oder sehr weit vorgeschrittene Phthisen in Behandlung traten; von allen Fällen kann ich nur einen einzigen als wirklich geeignet erachten. Indessen möchte ich einer Erfahrung Erwähnung thun, die wir gerade bei den vorgeschrittenen Phthisikern gemacht haben, nämlich dass bei diesen sehr häufig die Reaction ausbleibt, insbesondere so lange es sich um kleinste und kleinere Dosen handelt (0,001—0,006). Ich glaube, dass diese Erfahrung ihre Erklärung darin finden muss, dass in vorgeschrittenen Stadien der chronischen Lungentuberculose die anatomischen Veränderungen des Lungengewebes dieses zur Reaction nicht mehr geeignet erscheinen lassen, indem auch der Stoffverkehr in den cirrhotischen Gewebspartien ein wenig lebhafter geworden ist. Ich zweifle nicht, dass diese Beobachtung ihre Bestätigung finden wird.

In manchen der hieher gehörigen Fälle blieb zwar die fieberhafte Reaction aus, aber eine gewisse Störung des Allgemeinbefindens, Abgeschlagenheit der Glieder, vermehrter Hustenreiz, Erbrechen und Aehnliches stellten sich ein. In anderen Fällen zeigte sich auch im Allgemeinbefinden keine Spur von Reaction, selbst Appetit und Schlaf wurden nicht gestört, und das mehrmals bei Kranken, bei denen nicht nur der physikalische Befund, sondern auch der Nachweis der Bacillen über das Vorhandensein einer floriden Phthise keinen Zweifel aufkommen liess. An dieser Stelle möchte ich auch eines Falles von Diabetes mellitus gedenken, bei dem die physikalische Untersuchung eine bedeutende und ausgedehnte Lungenverdichtung zu erkennen gibt; Bacillen konnten nie im Auswurf gefunden werden. Bei diesem Kranken trat keine Spur einer Reaction ein, bis wir gestern die Dosis von 0,01 injicirten; daraufhin erfolgte eine kurzdauernde fieberhafte Reaction mit sehr geringen Begleiterscheinungen. Das Ausbleiben jeglicher Reaction bei immerhin schon beträchtlichen Dosen hatte mich auf den Gedanken geführt, dass es sich in diesem Falle um eine nicht bacilläre, sogenannte entzündliche Phthise handeln könne. Allein diesen Gedanken hat das Auftreten einer Reaction bei 0,01 in den Hintergrund gedrängt, ich zweifle nun nicht mehr an einer tuberculösen Affection. Ich möchte aber nunmehr eine andere Frage aufwerfen, ob nämlich der Diabetes, die Circulation des Zuckers im Säftestrom, im Stande ist, auf das Eintreten der Reaction einen hemmenden Einfluss auszuüben. Ich komme auf diesen Gedanken um so mehr, als wir ja zuweilen bei Diabetikern eine ganz floride Lungentuberculose fieberlos verlaufen sehen unter Umständen, die bei Nichtdiabetikern sicherlich hohes Fieber im Gefolge haben würden.

Wenn ich nun auf die Fälle mit weniger vorgeschrittener Lungentuberculose oder mit tuberculösen Affectionen der Haut übergehe, so zeigten diese dasselbe Verhalten, wie es von den Herren Vorrednern geschildert worden ist. Der schon erwähnte

[1]) Mitgetheilt im Aerztlichen Verein München.

[2]) Vgl. die Artikel von Prof. Angerer und Geh.-Rath v. Ziemssen in Nr. 49 und 50.

Fall von Lungentuberculose, den ich als besonders geeignet für die Injectionen bezeichnet habe, bietet ein sehr befriedigendes Bild, aber von einer wirklichen Heilung zu sprechen, bin ich selbstverständlich auch bei ihm noch nicht in der Lage. Eines möchte ich dem bereits Erwähnten noch hinzufügen, dass wir nämlich ziemlich constant nach den Injectionen ein Sistiren der Nachtschweisse beobachtet haben. Bei einem Mädchen, das nur leichte skrophulöse Drüsenschwellungen erkennen liess, hatte eine Injection von 0,001 einen überraschenden Erfolg. Es trat eine intensive Reaction ein, die Nase zeigte starke Röthung und Schwellung, und als Ursache zeigte sich ein sogenanntes skrophulöses Eczem der Nasenschleimhaut. Bei einer zweiten Injection, ebenfalls mit 1 mg, trat eine ebenso heftige Reaction ein, wie das erste Mal, die Kranke hatte am 2. Tage noch beträchtliches Fieber, einen Puls von zeitweilig 160 Schlägen, erschien somnolent und hochgradig cyanotisch. Der Zustand, der anfangs wirklich etwas bedrohlich aussah, besserte sich indessen nach einigen Stunden schon zusehends. Besonders auffällig erschien uns die bedeutende Cyanose, die auch dann noch fortbestand, als die Herzthätigkeit schon wieder beruhigt erschien, so dass von einer venösen Stase bei vollständig negativem Lungenbefund nicht wohl die Rede sein kann. Mein Assistent Herr Dr. May sprach die Vermuthung aus, dass es sich vielleicht um die Bildung von Methaemoglobin handle, ähnlich wie bei anderweitigen Vergiftungen, und obschon uns der Nachweis von Methaemoglobin im Blute noch nicht gelungen ist, so scheint der genannte Gedanke doch beachtenswerth. Wir würden uns demnach vorzustellen haben, dass bei der Reaction giftige Substanzen erzeugt werden, die nach ihrer Resorption in's Blut ausser anderen Wirkungen auch die Entstehung von Methaemoglobin im Gefolge haben können. Je reactionsfähiger das Gewebe, um so mehr solcher Substanzen können entstehen.

Ueber die diagnostische Verwerthung der Injectionen sind uns einige Bedenken aufgetaucht. Wir haben nämlich bei einer ziemlichen Anzahl anämischer Individuen Probeinjectionen vorgenommen, auch dann, wenn keine physikalischen Lungenveränderungen nachweisbar waren. Bei einigen wenigen dieser Fälle trat eine typische Reaction auf, und wir halten uns für berechtigt, bei denselben eine latente Drüsentuberculose u. dgl. anzunehmen.

In anderen Fällen blieb jegliche Reaction aus, wodurch also die Ausschliessung tuberculöser Erkrankungen gesichert wurde. Nun beobachteten wir aber bei einer 3. Reihe von Fällen eine Art rudimentärer Reaction, die sich fast ausschliesslich auf geringere und kurzdauernde Temperaturerhebungen beschränkt. In Anbetracht der grossen Neigung anämischer Individuen zu Temperatursteigerungen bin ich sehr zweifelhaft, ob solche rudimentäre Reaction, wie ich sie eben nannte, zur Diagnose verborgener tuberculöser Herde berechtigt. Den bisherigen Erfahrungen zufolge möchte ich gerade beim Vorhandensein kleiner tuberculöser Herde eine vollentwickelte Reaction erwarten. Weitere Beobachtungen werden ja auch über diesen Punkt Klarheit bringen.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Zum angeblichen Wiederauftreten der Influenza. Von Dr. Trinkgeld, Krankenhausarzt in Dachau.

Bezüglich verschiedener in Tagesblättern verzeichneter Nachrichten vom Wiederauftreten der Influenza dürfte die Mittheilung folgender Beobachtung von Interesse sein:

In der Zeit vom 3. Juli bis 18. October d. J. kamen im Distriktskrankenhause Dachau unter anderen 110 Krankheitsfälle zur Behandlung, die in ihren Erscheinungen so einander ähnlich waren, dass sie das Bild einer kleinen Epidemie gaben und zum Vergleiche mit der im Januar hier herrschenden Influenza aufforderten.

Die Erkrankten waren sämmtlich Dienstboten vom Lande, 60 männliche und 50 weibliche, durchschnittlich im Alter von 15—30 Jahren; über 30 Jahre war nur ein Einziger; aus dem Markte Dachau kamen zwei zur Aufnahme, alle Anderen waren aus kleinen Ortschaften und Gehöften.

Das Krankheitsbild war das einer Febris gastrica, die Dauer betrug im Mittel 7 Tage, die kürzeste war drei, die längste 15.

Das sämmtlichen Fällen gemeinsame Hauptsymptom, das Fieber, war ein durchgehend hohes, so zwar, dass es in 49 Fällen 40° C überschritt; die Anzahl der Fiebertage betrug im Mittel 4. Der Fieberabfall erfolgte durch Krise, so dass gewöhnlich die Abends vorher noch beträchtlich hohe Temperatur am Morgen normal war; nur in 5 Fällen trat nach dem Fieberabfall nochmals Temperatursteigerung ein.

Der Ausgang der Krankheit war jedesmal volle Genesung, während die anfänglichen Krankheitserscheinungen häufig sehr schwere waren — vielfach wurden die Kranken im comatösen Zustande gebracht; über Schwindelgefühl und intensiven Kopfschmerz klagten die meisten, einige hatten Erbrechen; dabei bestand völliger Appetitmangel und wurde ausserdem nicht selten über Schmerzen im Rücken und in den Extremitäten geklagt. Bei Manchen zeigte sich eine conjunctivale Röthung der Augen, ausnahmsweise ein schnell wieder vergehendes Erythem der Haut. Affectionen der Respirationsorgane fehlten.

Was die Aetiologie dieser Krankheitsfälle betrifft, so fällt vor Allem auf, dass dabei nur ausschliesslich die ländliche Arbeiterbevölkerung betroffen war, und dass der Hauptzuzug im Juli und August stattfand; vielleicht kommt dabei dem Einfluss der Sonnenhitze, der Insolation, eine ursächliche Bedeutung zu. Freilich war der heurige Sommer im Ganzen ein kühler und betrug der Zugang während der Monate September und October noch 52.

Auch finden sich im Krankenjournale in den Jahren von 1864—1889 nur zwei ähnliche gastrische Fieber-Anhäufungen, nämlich in den Jahren 1873 und 1880. Zur Erklärung dürfte daher immer noch ein unbekanntes Agens zu Hilfe genommen werden müssen.

Dass Influenza dabei im Spiele war, dürfte kaum anzunehmen sein, vielleicht aber mag es sich auch in den Fällen von angeblich wieder aufgetretener Influenza um Febris gastrica in vermehrter Auflage gehandelt haben.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. **Hermann Vierordt**, a. o. Professor der Medicin: **Altes und Neues in der Therapie.** Academische Antrittsrede, gehalten in der Aula der Universität Tübingen am 27. Februar 1890. 26 Seiten. Tübingen. Fues. 1890.

Unter den zahlreichen Erörterungen und Betrachtungen, welche die neuen, gewaltigen Fortschritte in der Behandlung der Krankheiten auch schon vor der neuesten und hervorragendsten Entdeckung auf diesem Gebiete gezeitig haben, gehört die vorliegende Rede zu den Lesenswerthesten. Ihr Hauptinteresse liegt in dem Nachweis, dass Vieles von dem Neuen und Modernen theils nur Altes in neuer Gewandung, theils zum Mindesten Neues auf der Basis von Altem ist. Der Beispiele werden zahlreiche angeführt. Die berühmte rigorose Verordnung des neapolitanischen Gesundheitsrathes aus dem Jahre 1792 zur Verhütung der Ausbreitung der Lungenschwindsucht wird wörtlich citirt und darauf constatirt, dass die klimatische Behandlung derselben Krankheit schon den Römern bekannt war. Die Beziehungen des Hypnotismus zu ähnlichen älteren Verfahren werden beleuchtet. Aus zahlreichen Berichten geht hervor, dass Gymnastik und Massage seit Hippokrates zu den verschiedensten Zeiten empfohlen und geübt wurde. Die Stellung und Aufgabe des Arztes überhaupt der Therapie gegenüber könnte auch heute nicht würdiger dargestellt werden, als von Hippokrates. Trotz dieser und mancher weiterer Thatsachen, welche uns eine hohe Werthschätzung der alten Meister dringend nahe legen, verkennt Verfasser durchaus nicht die Bedeutung weder der modernen Vervollkommnung alter Behandlungsmethoden noch der unzweifelhaft neuen und originellen Forschungsergebnisse, wie die der Elektrotherapie und Arzneimittelbehandlung. Vor allem blickt er aber ebenso hoffnungsfreudig in die

Zukunft, wie stolz in die Vergangenheit und erwartet insbesondere auf dem Felde der Infectionskrankheiten — wie sich gezeigt hat, mit vollem Recht — reiche Früchte auch für die Therapie. Penzoldt.

Dr. **Hermann Vierordt: Kurzer Abriss der Percussion und Auscultation.** Dritte vermehrte Auflage. 65 S. Tübingen. Fues. 1890.

Das in dritter Auflage vorliegende Büchlein hat sich seine Freunde bereits erworben. Eine kurze Anzeige genügt daher, um die Aufmerksamkeit wieder auf dasselbe zu lenken. Nach den Worten, mit welchen das Vorwort zur ersten Auflage beginnt, möchte der Verfasser »den Abriss als einen Leitfaden bei physikalisch-diagnostischen Cursen aufgefasst wissen«. Der lernende Mediciner, der denselben wirklich nur in diesem Sinne gebraucht, wird es unzweifelhaft mit Nutzen thun. Er besitzt in dem Schriftchen einen zuverlässigen Rathgeber, geeignet, seinem Gedächtniss bei den praktischen Uebungen in der Krankenuntersuchung zu Hülfe zu kommen. Zum »Einpauken« für das Examen, wozu es vielleicht Manchem bequem scheinen dürfte, möchte es Recensent wohl eben so wenig wie der Verfasser empfehlen. Dass nun auf einem Gebiet, dessen theoretische Grundlagen vielfach so schwankende sind, Recensent in einzelnen Punkten anderer Ansicht ist als der Autor und insbesondere hie und da das Eine mehr in den Vorder-, das Andere mehr in den Hintergrund gestellt haben möchte, kann nicht verwundern. Bei der Percussion des Magens wäre z. B. wohl die Untersuchung nach Trinken oder Eingiessen von Flüssigkeit zu erwähnen. In dem Abschnitt: Theorie des Herzstosses dürfte einzufügen sein, dass durch die Beobachtungen von Filehne und dem Recensenten lange vor Martius' Untersuchungen die Annahme eines Tieferrückens der Herzspitze überhaupt widerlegt wurde und somit die Rückstosstheorie ganz überflüssig geworden ist. Doch beeinträchtigen derartige specielle Ausstellungen die Brauchbarkeit nicht, welche dem praktisch angeordneten, sowie klar und präcis geschriebenen Leitfaden nach den obigen Ausführungen zukommt. Penzoldt.

E. Graser, Privatdocent in Erlangen: **Die Unterleibsbrüche.** Wiesbaden. gr. 8., S. 279. Preis 6 M. 40 pf.

Das vorliegende, Herrn Prof. Dr. Heineke gewidmete Buch aus dem Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden bringt die ganze Lehre von den Brüchen, Anatomie, Pathologie und Therapie. Der Verfasser wendet sich nicht an Studirende allein, sondern hauptsächlich auch an die praktischen Aerzte und hat sein Hauptaugenmerk auf diejenigen Dinge gerichtet, welche dem Verständniss grössere Schwierigkeiten bereiten und die manchmal im Laufe der Zeit dem Gedächtniss entschlüpfen.

Bei der grossen Wichtigkeit dieses Gebietes wird das vorliegende Buch Vielen eine sehr willkommene Gabe sein, besonders auch dem alleinstehenden Arzt auf dem Lande, der bei vorkommenden Bruchfällen oft gezwungen ist, rasch und selbstständig eine eingreifende Thätigkeit zu entfalten.

Der Hauptvorzug des in fliessendem Stiel in lebhafter Darstellung geschriebenen Buches ist die grosse Klarheit, zu der sich der Verfasser auch in den zum Theil recht schwierigen Gebieten durchgerungen hat. Man erkennt die Mühe, die den Schwierigkeiten nicht aus dem Wege geht und die Sorgfalt, die auch den scheinbar nebensächlichen Dingen die gebührende Beachtung sichert, so dass bei aller Kürze und Bündigkeit ein klares Bild der einschlägigen Verhältnisse gegeben wird, wie es allerdings von dem Verfasser, dessen hervorragendes Lehrtalent bereits anerkannt ist, nicht anders zu erwarten war.

Hauptsächlich und mit Vorliebe sind die am meisten vorkommenden Brüche: Leisten-, Schenkel- und Nabel-Hernien behandelt, während die seltener vorkommenden Brüche kürzer besprochen werden.

Der anatomische Theil ist vorzüglich gelungen. Besonders die so complicirten Verhältnisse der Leistengegend sind an der Hand vortrefflicher zum Theil originaler Abbildungen in bemerkenswerther Klarheit verständlich gemacht. Ebenso ist das Verhältniss des inneren und äusseren Leistenbruches und der angeborenen und erworbenen Hernie mit sehr zweckmässigen Abbildungen versehen, die zum Verständniss wesentlich beitragen. Die so schwer auseinander zu haltenden Bezeichnungen, innerer Leistenring, inneres Leistengrübchen und äusserer Leistenring etc. sind durch fetten Druck deutlich geschieden und kenntlich gemacht. Das diagnostische Schema am Schluss der Besprechung der Leistenbrüche und Leistengegend wird Vielen recht willkommene Anhaltspunkte geben.

Es folgt die Pathologie der Brüche, für den Arzt die wichtigste Abtheilung und zeichnet sich auch diese, besonders die Besprechung der Einklemmung und ihre Entstehung und ihre Folgen durch gute Anordnung und Klarheit aus. Es ist dies ein besonders gelungener Theil des Werkes und enthält viele für den Arzt recht brauchbare Winke.

Die Therapie der Brüche beginnt mit Besprechung der Bruchbänder. Für die Aerzte ist der Wunsch des Verfassers, dieselben möchten sich etwas mehr um die palliative Behandlung der Brüche kümmern, beherzigenswerth.

Die Besprechung der Taxis bringt alles für den Arzt Nothwendige.

Bei der Herniotomie sind alle Vorbereitungen für eine streng aseptisch auszuführende Operation kurz und genau angegeben. Der Gang der Operation ist sorgfältig beschrieben und enthält für die Aerzte viele Winke, die von dem praktischen Blick des Verfassers Zeugniss geben.

Zur Erweiterung des einklemmenden Ringes wird das Casper'sche Bruchmesser empfohlen und die Erweiterung von aussen nach innen nur nebenbei erwähnt, letztere Methode dürfte vielleicht etwas mehr zu markiren sein.

Jeder Arzt, der eine Bruchoperation in Aussicht hat, wird gerne sein Gedächtniss mit diesen wenigen Seiten auffrischen zu seinem und seiner Patienten Nutzen.

Auch die Nachbehandlung ist in gehöriger Weise besprochen.

Die Radicaloperation der Brüche behandelt Verfasser mit sichtlicher Wärme. So segensreich diese Operation auch manchmal werden mag, gefährlich ist sie zur Zeit noch immer und mit Recht betont der Verfasser, dass nur der eine solche Operation machen dürfe, der die Aseptik vollkommen beherrscht. Reine chirurgische Streitfragen werden meist nur kurz gestreift, ohne jedoch ein entschiedenes Urtheil vermissen zu lassen.

In einem besonderen Capitel ist die Statistik behandelt, die dem Arzt bei Beurtheilung seiner Erfolge als Maassstab dienen kann. Mit Recht macht Verfasser darauf aufmerksam, dass eine gute Beurtheilungsgabe und eine gewisse Erfahrung dazu gehört, den richtigen Gewinn aus der Statistik zu ziehen.

Auch der Geschichte der Hernien und der Herniotomie ist ein besonderes Capitel gewidmet, das das Wichtigste enthält.

Den Schluss des Buches bildet die Besprechung der Brüche als Gegenstand ärztlicher Gutachten. Da von Aerzten in neuerer Zeit von Kranken- und Versorgungs-Cassen aller Art oft Gutachten über Brüche abverlangt werden, so wird dies Capitel in vielen Fällen ein recht erwünschter Leitfaden sein, denn diese Gutachten sind oft recht schwierig, da man doch einem wirklich Geschädigten gerne zu seinem Recht verhelfen möchte, anderseits aber von Simulanten- und Uebertreibern sich nicht gerne hintergehen lassen möchte. Da auch gesetzliche Bestimmungen und k. Gerichts-Entscheidungen mitgetheilt sind, so findet der Arzt hier alles schön beisammen, was man sonst aus Lehr- und Rechts-Büchern mühsam zusammentragen muss.

Das Buch macht auch äusserlich durch seine elegante Ausstattung, gutes Papier und schönen splendiden Druck einen sehr günstigen Eindruck. Die Inhaltsangaben am Rande erleichtern wesentlich die Benutzung. Der Preis des mit 62 Abbildungen reich ausgestatteten Werkes ist niedrig angesetzt.

Es kann somit dieses in jeder Hinsicht gelungene Buch allen Aerzten mit besonderer Wärme empfohlen werden.

Dr. Lochner.

Lombroso: Der Verbrecher. Deutsch von Dr. M. O. Fraenkel. 2. Bd. Hamburg, Verlagsanstalt und Druckerei-Actiengesellschaft, 1890.

Während der erste Band dieses Werkes, den ich in Nr. 36

des Jahrganges 1886 dieser Zeitschrift angezeigt habe, sich mit dem »Geborenen Verbrecher« beschäftigt, behandelt dieser zweite Band die Anthropologie des Verbrechers aus Leidenschaft, die des irren Verbrechers und die des Gelegenheitsverbrechers. (Das Capitel über Epilepsie ist in der deutschen Bearbeitung in den ersten Band verwiesen.) Im ersten Abschnitt werden die Unterscheidungszeichen des Verbrechens aus Leidenschaft gegenüber dem des Gewohnheitsverbrechers und sodann der Selbstmord in Leidenschaft und Irrsinn eingehend besprochen. Das Verbrechen und der Selbstmord aus Leidenschaft haben so viel Berührungen mit den gleichen Thaten Irrer, dass oft keine scharfe Trennung möglich ist. Die Ausführungen zur Psychologie des Selbstmordes sind von grossem Werth, wenn auch die Auffassung dieser Selbstmordfälle als larvirte Epilepsie wegen der blossen Aehnlichkeit meist auf Widerspruch stossen dürfte. — Der zweite Abschnitt behandelt den irren Verbrecher, seine Statistik, Biologie und Psychologie, erörtert die Beziehungen der verschiedenen Arten des Verbrechens und der einzelnen Formen des Irreseins, wobei auch die Grenzzustände gestreift werden, und widmet dann dem Alkoholiker als Verbrecher, dem Hysteriker als Verbrecher und dem Halbverrückten als Verbrecher je ein besonderes Capitel. Die Darstellung des Alkoholikers ist ausserordentlich lesenswerth und anregend; auch die Criminalanthropologie der Hysterischen bietet ein besonderes praktisches Interesse — wie manche cause celèbre würde vermieden werden oder ganz anders ablaufen, wenn die Richter oder auch nur die Sachverständigen über diese Dinge besser unterrichtet wären. — Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit dem Gelegenheitsverbrecher. Sie zerfallen in mehrere Gruppen, zunächst in die der Scheinbaren Verbrecher (Verbrechen aus Fahrlässigkeit oder auch Verletzungen des Gesetzes, die mehr juristische als wirkliche Verbrechen sind und nicht oder doch kaum mit dem moralischen Gefühl in Widerspruch stehen) und die der Criminaloïden, bei denen das Verbrechen durch die Gelegenheit, durch Nachahmung u. s. w. angeregt wird. Bei dieser ganzen Classe sind die Charakterzüge des Verbrechers weit weniger ausgesprochen, als bei dem geborenen Verbrecher, aber es sind gewisse Unterschiede gegenüber normalen Menschen vorhanden. Noch weniger Anomalien finden sich bei einer dritten Gruppe der Gelegenheitsverbrecher, den Gewohnheitsverbrechern, Leuten, die im Grunde normal und ohne schlimmen Anlagen durch vernachlässigte Erziehung nicht die Kraft gewonnen haben, sich zu einem ehrenhaften Leben durchzuarbeiten, oder gar einer directen Verbrechererziehung (in Rettungshäusern etc.) unterworfen worden sind. Eine vierte Gruppe bilden die Geheimen Verbrecher, d. h. unter Anderem Leute, die nur deshalb nicht Verbrecher sind, weil ihnen der äussere Anlass fehlt, andererseits aber auch Verbrecher, die lange oder dauernd als Ehrenmänner dastehen, wie Jules Favre, dem Fälschungen in den Civilregistern von Corre vorgeworfen werden, Wilson, Boulanger etc. — Das Schlusscapitel und der Nachtrag legen eine neue Lanze für die Beziehungen zwischen Verbrechen und Epilepsie ein, wobei Lombroso in der Erforschung des Geruchs-, Geschmacks- und Gehörvermögens und anderer körperlicher Erscheinungen der Verbrecher zum Theil von Ottolenghi und Gradenigo unterstützt wird; über die Verbrecherin hat Salsotto einen Beitrag geliefert, während Marro die Intelligenz der Verbrecher behandelt. Endlich sind noch einige Leichenbefunde etc. mitgetheilt. — Das ganze Werk hat alle Vorzüge Lombroso's und viele seiner Fehler; das ungeheure Material, das darin verarbeitet ist, bedarf gewiss der Kritik, aber es wird noch lange die Grundlage der Criminalanthropologie bilden, die ihr Aufblühen in erster Linie Lombroso verdankt.

Die Ausstattung ist in jeder Weise vorzüglich.

Dr. O. Dornblüth-Bunzlau (Schlesien).

Vereins- und Congress-Berichte.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung am 1. December 1890.

Vorsitzender: Herr Leyden.

(Schluss.)

Herr **Sonnenburg: Erfahrungen über die operative Behandlung der Perityphlitis mit besonderer Berücksichtigung der zweizeitigen Operation.**

S. will nicht etwa alle Fälle von Perityphlitis chirurgisch behandeln und glaubt auch nicht, dass die Operation alle Kranken retten kann. Man kann aber die für die Operation geeigneten Fälle auswählen. Wenn es gelingt, die eitrige Beschaffenheit des Exsudates nachzuweisen, so muss natürlich eingegriffen werden, denn Eiter wird wohl eingedickt, aber nie resorbirt und der Eingriff als solcher ist dann viel weniger gefährlich, als Abwarten.

S. unterscheidet, gestützt auf sein eigenes und P. Guttmann's Krankenmaterial, Typhlitis und Perityphlitis, der er nur als Abart die Paratyphlitis unterordnet, bei der das Exsudat sich mehr nach hinten, extraperitoneal, entwickelt. Bei der Typhlitis findet man nur eine entzündliche Röthe der Serosa über der geschwollenen Mucosa, bei der Perityphlitis ist immer ein Exsudat vorhanden und zwar entweder ein sero-fibrinöses oder ein sero-purulentes, ein rein eiteriges oder ein eitrig jauchiges Exsudat.

Die sero-fibrinösen Exsudate werden zumeist vollständig resorbirt. Nur selten bleiben indurirte Reste oder Verwachsungen von Darmschlingen zurück. Sie sind abgekapselt; nie kommt es hier zu allgemeiner Peritonitis. Die Ursache ist meist Stuhlverstopfung. Wenn man daher bei einem sonst gesunden Menschen ein sich rasch entwickelndes, grosses, brettartes Exsudat findet, wird man selten fehl gehen, wenn man eine seröse Entzündung annimmt. Bei kranken (tuberculösen etc.) Individuen kann ein solches Exsudat durch Darmperforation eitrig oder jauchig werden.

Die meisten eitrigen Exsudate nehmen aber ihren Ursprung von einer Perforation des Processus vermiformis, meist verursacht durch Stauungsgangrän infolge eines eingeklemmten Kothsteins oder durch Perforation tuberculöser Geschwüre. Diese resorbiren sich bestenfalls zum Theil. Die Paratyphlitis beruht immer auf Perforation, ist also immer jauchig und kann nie resorbirt, muss also stets operirt werden. Die Schwierigkeit ist nur die, diese Processe jedesmal sicher zu erkennen.

Nach S.'s Erfahrungen sind grosse Exsudate meist harmloser Natur, dagegen sind kleine, dicht oberhalb des Poupartschen Bandes auftretende meist eiterige, ausgehend vom Wurmfortsatze. Sie können leicht durch Meteorismus der Palpation entschwinden, sich aber auch ausbreiten. Ein zweiter Anhaltspunkt ist, dass bei Phlegmonen die Erscheinungen sehr stürmisch einzusetzen pflegen. Plötzlich, oft Nachts, treten nach einer Bewegung heftige Schmerzen in der Nabelgegend auf, Erbrechen und Durchfälle folgen (manchmal auch Stuhlverstopfung) und dann tritt der heftige Ileocoecalschmerz auf, gleichzeitig mit der kleinen, oberhalb des Lig. Poupartii gelegenen Resistenz, die sehr druckempfindlich ist. Das Fieber ist kein zuverlässiges Symptom, wird sich aber wohl bei sorgfältiger Controle fast stets auffinden lassen, und S. hält eine Temperatur über 38° geradezu für pathognomonisch.

Leider bieten nicht alle Fälle ein so einfaches Bild. Grosse Schwierigkeiten bietet oft eine abweichende Lage oder Länge des Processus vermiformis. Derselbe kann hinter dem Coecum liegen oder mit dem Rectum verlöthet sein, so dass oft erst die Section die unentwirrbaren Verhältnisse klar legt. So sah S. einen grossen Tumor in der Nabelgegend, der bei der Palpation barst und sich bei der Section als eine Perityphlitis herausstellte. Eine fernere Schwierigkeit ist, dass der ganze stürmische Symptomencomplex auftreten kann, während sich doch nach 2—3 Tagen wieder alles verloren hat, wie S. meint, eine Folge von Einklemmung des Wurmfortsatzes. Man kann

also nie wissen, ob es in solchen Fällen wirklich zur Perforation kommen wird.

Ist die Diagnose einmal gestellt, so muss operirt werden; leider fehlt aber noch eine zuverlässige Methode. Daher die Zweifel über den richtigen Zeitpunkt des Eingriffes, daher die Unthätigkeit mit der Hoffnung auf eine »Spontanheilung«. Dabei unterliegt es keinem Zweifel, dass ein Durchbruch in Darm, Blase, Scheide, Bronchien durchaus nichts wünschenswerthes ist.

S. empfiehlt für die Fälle, wo ein kleines Exsudat der Palpation entschwunden ist, wo die Beschwerden nachlassen, die zweizeitige Operation. Man kann sich nach Durchschneidung der Muskeln leicht überzeugen, dass das Exsudat noch vorhanden ist; nach wenigen Tagen ist eine Verlöthung der beiden Peritonealblätter erfolgt; wenn man jetzt durchschneidet, so operirt man extraperitoneal. Unter 22 Fällen hat Vortragender 7 mal die zweizeitige Eröffnung vorgenommen. Er macht einen grossen Bogenschnitt wie zur Unterbindung der Arteria iliaca communis, möglichst nahe der Crista ilei und dringt bis zum Peritoneum vor. Dann wird tamponirt und einige Tage später, nachdem er sich täglich von der Lage und Grösse des Exsudates überzeugt und eventuell die Punction gemacht hat, spaltet er das Exsudat auf der Sonde und drainirt. Gewöhnlich entleert sich mit dem Eiter ein Kothstein. Verbunden wird täglich, ausgespritzt wird nicht. Die Dauer der Heilung erstreckt sich auf 4—5 Wochen.

In 12 anderen Fällen hat S. sofort den Abscess eröffnet. Davon sind 6 geheilt, 6 gestorben, einer davon mit multiplen Abscessen, die nicht alle erreichbar waren. Bei einem Patienten fand sich ein tiefer Abscess im kleinen Becken, der nicht drainirt werden konnte.

S. resumirt sich in einigen Schlusssätzen.

Sitzung vom 15. December 1890.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Prof. Heinrich Jacobson einen warmen Nachruf. Die Gesellschaft ehrt den Heimgegangenen in der üblichen Weise.

Vor der Tagesordnung. Herr **Lublinsky** demonstrirt einen Collegen mit **Kehlkopftuberculose,** der mit gutem Erfolge mit dem Kochin behandelt wird.

Es fand sich bei der Aufnahme eine starke Verdickung des hinteren Endes des linken Stimmbandes, welches am Processus vocalis stark ulcerirt war, ebenso die hintere Larynxwand. In den Lungen fand sich eine Dämpfung bis knapp zur 2. Rippe, nicht sehr ausgesprochen unbestimmtes Athmen, etwas inspiratorisches Rasseln. Temperatur war normal, keine Nachtschweisse. Nach der 1. Injection von 0,01 trat ausser der bekannten Reaction am rechten Stimmbande, wo vorher nichts zu bemerken gewesen war, ein Infiltrat auf, ferner ein leichter hämatogener Icterus. Nach der 3. Injection begann das Infiltrat des rechten Stimmbandes zu zerfallen und gleichzeitig rückte die Dämpfung in der Lungenspitze nach unten vor und in ihrem Bereich wurde bronchiales Athmen und klingendes Rasseln hörbar. Dann reinigten sich die Geschwüre an beiden Stimmbändern und an der Interarytaenoidalfalte, und die Erscheinungen in den Lungen bildeten sich zurück. Jetzt nach 7 Injectionen (die letzte von 0,03) sind die Geschwüre sehr wesentlich verkleinert, die hintere Wand abgeflacht, sodass Hoffnung auf baldige Genesung vorhanden ist.

Herr **G. Meyer** stellt eine Verbesserung seiner Asbestspritze vor, welche dadurch jetzt allen Anforderungen genügt. Die bisherigen Spritzen waren meist sehr ungenau kalibrirt, hatten nach seinen Messungen bis zu 1,5 g Inhalt. Um dem abzuhelfen, lässt er die Aichung von unten her eintragen, so zwar, dass der tote Raum nicht mitgerechnet wird.

Herr **Jürgens: Demonstration von Sectionspräparaten von zwei nach Koch behandelten Phthisikern.**

Die Veränderungen, welche das Heilmittel schafft, sind ausserordentlich verschieden je nach Sitz und Ausdehnung des tuberculösen Processes. Die Fälle betrafen schwere Lungenphthisen, so schwer, dass nur ganz geringe Quantitäten von lufthaltigem Parenchym übrig geblieben waren. Im Uebrigen aber zeigten die Lungen nichts besonderes, was auf die Einwirkung des Heilmittels Bezug gehabt hätte. Wenn man einem pathologischen Anatomen von Fach die Lungen ohne weitere Bemerkung gezeigt hätte, so wäre er nicht darauf gekommen, dass hier das Heilmittel angewendet worden sei. Meiner Meinung nach liegt dies darin, dass solche schwere Phthisen viel zu grosse und ausgedehnte Veränderungen darbieten und so schwere pathologische Processe zeigen, dass die Einwirkungen des Mittels specifischer Art nicht zur Geltung kommen. Deshalb will ich auch heute auf die Veränderungen in den Lungen nicht näher eingehen; nur war es auffällig, dass in diesen beiden Fällen nicht allein, sondern auch in anderen Fällen schwere Pleuritiden sich gebildet hatten in der allerletzten Zeit, dass sie nicht allein schwer hämorrhagisch waren, sondern auch einhergingen mit sehr copiösen, serösen Exsudaten. Ob diese Form der Pleuritis in besondere Relation zu stellen ist zu der Einwirkung des Heilmittels, will ich nicht entscheiden. Indess, sie waren mir auffallend. Ferner kann ich hinzufügen, dass die eine Lunge, die nichts mehr von functionsfähigem Parenchym zeigte, deren Oberlappen von grossen gereinigten Höhlen, deren unterer Lappen von verödetem Gewebe eingenommen war, an den Höhlenwandungen eine starke, hämorrhagische Hyperämie zeigte, und dass die Oberfläche der Höhlenwandungen nichts mehr von käsigen Substanzen zeigte, sondern mehr fibrinös-eiterige Beschläge, also Producte, die offenbar auch in der allerletzten Zeit des Lebens hier aufgetreten waren.

Zwei Gesichtspunkte mussten besonders festgehalten werden: 1) die Untersuchung der tuberculösen Processe in der Fläche der Schleimhaut, und 2) in den grossen Parenchymen, Nieren, Milz, Leber, Drüsen und ganz besonders im Knochenmarke.

Die Untersuchung der Schleimhäute zeigte gleich bei dem 1. Falle, den ich hier erwähne, und zwar bei demjenigen, welcher 4 Injectionen bekommen hatte, etwas sehr Auffallendes: die Organe wiesen eine sehr ausgedehnte Zerstörung auf durch tuberculöse Ulcerationen; aber diese hatten nicht den gewöhnlichen Habitus, sondern boten ganz etwas anderes dar. Ich will bemerken, dass die tuberculösen Geschwüre des Darmes und des Magens, die beide in ungewöhnlicher Anzahl und Grösse vorlagen, etwas darboten, was man sonst bei tuberculösen Geschwüren nicht sieht.

Die lenticulären Geschwüre, die sich aus so kleinen Anfängen in den oberflächlichsten Schichten der Mucosa entwickeln, dass man eine Lupe braucht, um sie zu entdecken, behalten, auch wenn sie sich durch Disseminirung neuer Tuberkeln an den Rändern und im Grunde ausdehnen und zu grossen, unregelmässigen Ulcerationen heranwachsen, immer ihren charakteristischen Habitus, die blasse Farbe im gerötheten Gewebe. So sind sie sehr häufig in der Schleimhaut der Bronchien und des Kehlkopfes. Die Ulcerationen aber in dem ersten Fall zeigten nichts mehr von Tuberkeln, nichts mehr von dem blassen anämischen Aussehen, sondern frisches rothes Granulationsgewebe. Es waren Substanzverluste mit durchscheinend runden, gut aussehenden Rändern, überall eine frische, lebhafte Vascularisation, also Geschwüre, die makroskopisch nichts eigentlich Tuberculöses an sich hatten. Da, wo noch Tuberkeln in der Schleimhaut waren, zeigten sie nicht mehr das eigentümliche, trübe Grau, das käsige Aussehen, sondern hatten ein gelbliches Colorit angenommen und zeigten eine Aehnlichkeit mit miliaren Gummiknoten. Ja, man hätte es einem geschulten Mann nicht übel nehmen können, wenn er auf syphilitische Ulcerationen gerathen hätte; so speckig infiltrirt sahen die Geschwüre aus, wo die Vascularisation nicht so stark war. Solche tuberculöse Geschwüre kommen in den oberen Luftwegen nicht vor. Es handelt sich also um Abwesenheit käsiger Massen und tuberculöser Granulationen; überall war eine frische Granulation und zugleich eine eiterige Infiltration eingetreten, in einer Weise, wie man sie bei tuberculösen Geschwüren niemals sieht. Auch fanden sich keine Tuberkeln mehr in der Umgebung. Die Ulcerationen, welche sich bilden infolge der Einwirkung des Kochschen Heilmittels bei lenticulären Geschwülsten, behalten die

ursprüngliche Form der Geschwüre bei, und mit gänzlich verändertem Habitus, die Tuberculose verschwindet, eine einfache granulirende Wundfläche bildet sich. Selbstverständlich, wenn es sich um tiefgreifende Ulcerationen handelt, beispielsweise in der Trachea, wo die Ringknorpel mit ergriffen sind, stellt sich der Heilungsprocess etwas anders; es bilden sich Granulationen, allmählich stösst sich der nekrotische Knorpel ab und auch ein solches Geschwür wird zur Heilung kommen. Die Ulcerationen der oberen Luftwege zeigen also sehr einfache Verhältnisse. Ganz anders waren die anatomischen Zustände im Magen.

In der Mitte dieses Magens liegt ein grosses Ulcus rotundum chronicum simplex und in der Umgebung dieses grossen Geschwürs zahlreiche andere von sehr verschiedener Grösse. Diese waren zwar auch chronischer Art, aber von ganz anderem Habitus. Sie gingen bis zur elastischen Grenzschicht und nur an einzelnen Stellen war diese perforirt. Die Randbildung ist die der folliculären Geschwüre, mit tief unterminirten Rändern. Einzelne sind markstückgross, aber weder im Grunde noch an den Rändern sieht man Tuberkel; nur in einem, in der Nähe des Pylorus und vereinzelt in der Schleimhaut fanden sich graugelbliche Knötchen. Ueber die Entstehung dieser Geschwüre gibt eines Aufschluss, welches in der Nähe des Pylorus sitzt. Hier findet sich ein Substanzverlust, umgeben von dicken, wallartigen Rändern, welche weithin unterminirt sind. Es sind tuberculöse Processe, welche in Solitärfollikeln beginnen, welche tief sitzen, so tief, dass sich der Process nach Art der Tuberculose eines grossen Parenchyms ausbilden kann. Es treten dann accessorische Knoten auf, und es kann in der Nähe des Pylorus zu grossen, käsigen Ansammlungen kommen. Wenn eine solche Masse perforirt, bleibt ein Geschwür zurück, welches sehr gross ist und sich ganz unregelmässig ausdehnt. Wenn man sich diese Ulcerationen genau ansieht, kommt man zu dem Schlusse, dass hier in dem Magen längere Zeit eine in der Tiefe der Submucosa sitzende Tuberculose vorhanden gewesen ist, dass infolge der Einwirkung des Heilmittels eine solche käsige Substanz zur Ulceration gebracht wurde durch Formation neuer Tuberkeln in der Umgebung, und dass in der Umgebung eine gewaltige Vascularisation auftritt, eine Hyperämie, wie sie überall erscheint, wo Tuberculose ist. Dadurch wird der nekrobiotische Herd losgelöst und wenn der Durchbruch erfolgt, kommt eine solche unregelmässige Geschwürsform mit unterminirten Rändern zu Stande.

Die Untersuchung zeigte zunächst keine tuberculöse Erkrankung in der Umgebung. Nur in ganz vereinzelten Geschwüren fanden sich noch tuberkelähnliche Anhäufungen von lymphatischen Zellen. Solche Form von Ulcerationen im Magen ist bis auf einen Fall von Recklinghausen noch nie beobachtet worden.

Dass diese Beurtheilung der Entstehung dieser Magengeschwüre richtig ist, lässt sich mit Sicherheit sagen, wenn man die Veränderungen studirt, welche tuberculöse Erkrankungen in der Darmschleimhaut erleiden bei Einwirkung des Koch'schen Mittels. Ich habe Ulcerationen des Rectums mitgebracht, die ganz und gar dieselbe eigenthümliche Geschwürsbildung zeigen. Auch hier sind unterminirte Ränder, aber überall sind eigenthümliche haemorrhagische Formen vorhanden und Jemand, den ich hier nicht nennen will (Zurufe: Virchow), der diese Geschwüre zum ersten Male sah, erklärte sie nicht für tuberculös, sondern für traumatisch, erzeugt durch eine Klystierspritze oder dergl. Diese vereinzelten Geschwüre sind von grosser Wichtigkeit, weil sie in Parallele stehen zu anderen Ulcerationen, die in Colon und Dünndarm waren, und die gleichfalls jene zwei eigenthümlichen Formen zeigten, wie ich sie in den oberen Luftwegen einer- und im Magen andererseits kurz gezeigt habe. Ueberall handelte es sich bei diesen verschiedenen Formen tuberculöser Geschwüre darum, dass der specifische Tuberkel eliminirt war, dass Ulcerationen von gutartigem Character aufgetreten waren.

Die Nieren boten eine ausgezeichnete Tuberculose dar, die etwas zeigt, was von grossem Interesse ist für den Verlauf einer Nierentuberculose im grossen Stil unter der Wirkung des Heilmittels. Selbstverständlich war ein so schwerer Fall wie dieser mit Amyloidentartung verbunden und wies eine Fettdegeneration auf infolge der starken interstitiellen Nephritis. Einzelne Renculi haben ein tieferes Niveau als die Nachbarschaft; hier findet man dann im Durchschnitt in der Mitte des Markkegels einen grossen fast wie Käse aussehenden Herd, der fast $^2/_3$ der Basis des Renculus einnimmt. In der Umgebung sieht man eine Hämorrhagie, die bis zur Spitze des Markkegels reicht. Zwischen der rothen Zone und der eigentlichen käsigen Substanz liegt eine durchscheinend markige Region, welche den wie Käse aussehenden Herd von dem übrigen Theil der Niere abgrenzt. In der Umgebung dieses auf den ersten Blick tuberculösen Herdes findet man nur ganz vereinzelte, tuberculöse Knötchen, und wo sie sind, haben sie nicht mehr das opake, bösartige Aussehen, sondern auch ein gelbliches, durchscheinendes, was ihnen eine gewisse Aehnlichkeit mit Gummiknoten gibt. Ausserdem sieht man sofort, dass dieser ganze Herd nicht trocken, fest und dicht, sondern feucht und locker ist; diese Veränderung beruht lediglich darauf, dass sich in der Umgebung eine Zone gebildet hat, welche nur aus Granulationsgewebe besteht. Typische Tuberkeln finden sich nicht mehr, auch Riesenzellen habe ich nicht gefunden. Es ist wie eine Rundzelleninfiltration, welche in directer Beziehung steht mit der dissecirenden Entzündung. Es liegt dem Gedanken gar nichts entgegen, dass diese Masse durch den Ureter in die Blase gelangen könnte. Da sich auch in der Umgebung keine neuen Tuberkel fanden, erweisen sich die Heilungsvorgänge allerdings als solche, welche diesen Herd hätten zum Stillstand bringen können. Auch die miliaren Tuberkel der Nieren haben ihren opaken grauen, malignen Habitus verloren.

Die Leber bei dem 1. Fall zeigte ein sehr starkes Fettinfiltrat, starken Icterus und auf den ersten Blick eine ziemlich reichliche Tuberculose. Hier und da fanden sich hämorrhagische Herde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das ganze Parenchym mit Rundzellen durchsetzt war, also ungefähr das Bild darbot, wie eine Leber mit leichter leukämischer Infiltration. Nur an einzelnen Stellen waren noch frische, echte Tuberkeln mit Riesenzellen vorhanden, aber sehr vereinzelt. Wie ein solcher Befund zu deuten ist, darüber will ich mich noch nicht definitiv aussprechen, und zwar deshalb, weil die Leber ausserdem eine leichte Induration zeigte, eine leichte Wucherung der Glisson'schen Kapsel in der Umgebung der Pfortadergefässe; vielleicht ist hierdurch die Leukocytosis verursacht, vielleicht aber darf man sie auch als eine Art von Heilungsvorgang betrachten, wodurch eine Lebertuberculose in ganz specifischer Weise geheilt werden kann. Die stark fettig degenerirten Leberzellen zeigten durchwegs starken Icterus; an einzelnen Stellen fanden sich Hämatoidinkrystalle.

Im Knochenmark fand sich eine diffuse hämorrhagische Erkrankung, oder besser Veränderung. Die mikroskopische Untersuchung zeigte hier sehr reichliche Hämatoidinbildung, das Mark steckte voll von amorphem braunem Pigment und von Hämatoidinkrystallen neben reichlicher Mucinbildung. Es bestand sehr starke zellige Wucherung, zahlreiche Riesenzellen, aber ohne Tuberkelbacillen, an ganz vereinzelten Stellen wirkliche Tuberkeln mit centraler Verkäsung, und sehr starke, diffuse Infiltration.

Die Section der Nieren des andern Falles ergab ein auffallendes Resultat, eine Erscheinung, die wohl nichts constantes hat. Es handelte sich nämlich um eine sehr starke Kalkmetastase der Nieren, sowohl der gewundenen, als der geraden Kanälchen, und zwar so reichlich, wie ich es sehr selten gesehen habe. Wenn man in Betracht zieht, wie schwere Veränderungen im Knochenmarke und der Spongiosa vorhanden sind, so liegt die Vermuthung nicht ferne, es könne sich um eine starke Auflösung von Kalksalzen im Knochen gehandelt haben, zumal auch in der Magenschleimhaut reichliche Kalkinfiltrationen vorhanden waren im interstitiellen Gewebe. Der Fall ist sehr interessant, aber ich bezweifle, dass es sich hier um eine specifische Wirkung des Mittels handelte, da der 2. Fall zwar geröthetes Knochenmark, aber nur sehr wenig Kalk in den Nieren hatte.

In den Mesenterialdrüsen, Bronchialdrüsen und der Milz war überall das gleiche Aussehen der frischen Tuberkeln, das eigenthümlich gelbliche, wie man es sonst nie sieht, zugleich aber auch eine markige Hyperplasie der Lymphdrüsen und eine Hyperplasie der Pulpa der Milz, während die Follikel wenig vergrössert waren. Bei dem einen Fall ist noch zu erwähnen, dass im Peritonealüberzug der Leber eine sehr starke, fibrinöse Entzündung war, ein Analogon der Pleuritis, die ich oben erwähnte.

Herr Leyden constatirt, dass bei beiden Fällen die Behandlung ohne Aussicht auf Erfolg mit dem Gedanken eingeleitet wurde, einmal an Phthisen schwerster Art die Veränderungen, welche das geheimnissvolle Mittel setzt, zu studiren. Der erste Patient erhielt 4 Injectionen, die letzte 5 Tage ante mortem und zwar steigend von 0,001 bis 0,005, die Reaction war lebhaft, locale Veränderungen gering. Es ist um so bemerkenswerther, dass schon so kleine Gaben so grosse anatomische Veränderungen herbeiführten. Der zweite Fall ist auffällig dadurch, dass er fast gar nicht reagirt hat. Er hatte vorgeschrittenen Hydrops mit Albuminurie, der richtig als Amyloidentartung gedeutet wurde. Die höchste beobachtete Temperatur war 38,5. Er wurde 3 Wochen lang behandelt. Eine wesentliche Aenderung des Auswurfes war nicht zu constatiren.

Herr Goldscheider. Der letzte Patient hat 8 Einspritzungen bekommen und zwar in schneller Steigerung von 0,001 bis 0,04. Die erste Reaction trat auf nach 0,03 und das Fieber ging auf 38,5. Eine Besserung trat nicht ein, er wurde elender, die Durchfälle mehrten sich. Er starb mehrere Tage nach der letzten Injection, ohne dass sich der Hydrops geändert hätte.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 6. December im Auditorium der med. Klinik.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr E. Hoffmann.

Herr **Mosler** berichtet zunächst über **Erfolge der Injection mit Koch'scher Flüssigkeit** bei den Kranken, die in der ausserordentlichen Vereinssitzung am 20. November von ihm vorgestellt worden waren und demonstrirte darnach eine grössere Zahl neuer Kranker seiner Klinik, bei denen dasselbe Verfahren inzwischen eingeleitet worden war.

Vor Allem hob er hervor, dass er mit der grössten Vorsicht vorgegangen sei und in der Regel mit 0,001 g begonnen habe. Die Art und der Grad der nach der Injection beobachteten Reaction sind von zahlreichen, zum Theil noch nicht gänzlich aufgeklärten individuellen Verhältnissen abhängig. Wenn auch das Fieber im Allgemeinen als Gradmesser derselben betrachtet werden kann, so kommen doch auch Fälle vor, in denen bei geringem Fieber hochgradige Collapszustände auftreten. Eine Dame mit noch nicht weit vorgeschrittener Lungentuberculose, welche aber hochgradig »anämisch« war, zeigte nach der 1. Injection von 1 mg der Koch'schen Flüssigkeit nur eine Temperatursteigerung von 38° C, dabei nur mässige Athembeschwerde und Mattigkeit; als derselben nach 5 Tagen 3 mg injicirt wurden, stieg die Temperatur wiederum nicht über 38,5° C; in der 9. Stunde nach der Injection traten aber — trotzdem die Kranke während der ganzen Zeit nach der Injection im Bette gelegen hatte — so heftige Collapszustände mit aussetzender Herzthätigkeit ein, dass während 4 Stunden die stärksten Excitantien angewandt werden mussten, um das Leben zu erhalten.

Um so grössere Vorsicht beobachteten wir bei weit vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberculose und haben wir es diesem Umstande zu verdanken, dass wir bis jetzt, trotzdem schon 60 Fälle von Tuberculose in der hiesigen Klinik nach dem Koch'schen Heilverfahren behandelt worden sind, keinen Exitus letalis zu beklagen haben. Um den Kranken die nöthige Erholung zu gönnen, wurden die Zwischenpausen der einzelnen Injectionen länger gewählt, als es an anderen Orten der Fall gewesen zu sein scheint. Die Injectionen wurden mit besonders gut gearbeiteten Pravaz'schen Spritzen an den verschiedensten Stellen der Haut des Brustkorbes ausgeführt.

Die diagnostische Bedeutung der Injection mit Koch'scher Flüssigkeit wurde besonders betont, zur Erläuterung derselben Fälle von Lupus, Anämie, latenter Tuberculose, chronischer Eiterung vorgestellt, welche das von Anderen darüber abgegebene Urtheil durchaus bestätigten.

Sichere therapeutische Resultate konnten der kurzen Dauer der Behandlung wegen noch nicht berichtet werden.

Um dieselben zu erhalten, ist der Vortragende vom ersten Beginn der Verwerthung des Koch'schen Heilmittels an der Meinung gewesen, dass dasselbe mit anderweitigen Verfahren, mit geeigneten Regimen, mit passenden Medicamenten, selbst mit localen Eingriffen in die Lunge combinirt und dadurch unterstützt werden muss. Eine wichtige Aufgabe der Kliniker ist es, in Bälde nicht nur die bisherigen, sondern ganz neue Methoden der Behandlung der Lungentuberculose gleichzeitig mit dem Koch'schen Heilverfahren bei ihren Kranken zu versuchen.

Bei einer grossen Zahl der Kranken hiesiger Klinik sind die verschiedensten Methoden tonisirenden Verfahrens zur Anwendung gekommen, um den durch das Koch'sche Heilmittel herbeigeführten Eiweisszerfall mittelst vermehrter Zufuhr von stickstoffhaltigem Material zu ersetzen. Expectorantien wurden nicht nur innerlich gereicht, sondern auch äusserlich mittelst Inhalationen (insbesondere Ol. Terebinth. mit gleichen Theilen Ol. Eucalypti e fol. gemengt), um die, nach Injection des Koch'schen Mittels vielfach beförderte Ausscheidung von Lungensecreten zu steigern.

Nach des Vortragenden bekannten Versuchen mit localer Behandlung von Lungenkrankheiten lag es für ihn nahe, nunmehr die parenchymatöse Injection, sowie die Eröffnung von Lungencavernen mit gleichzeitiger Anwendung des Koch'schen Heilverfahrens bei einer grösseren Zahl von Kranken zu verwerthen.

Aus seinem am 20. April 1883 beim II. Congress für innere Medicin in Wiesbaden gehaltenen Vortrage, (Mosler: Ueber Lungenchirurgie, Wiesbaden 1883, Verlag von Bergmann), erwähnte Mosler, um die Stellung der Frage zu präcisiren, dass er seit November 1872 während 10 Jahren bei Kranken seiner Klinik, die mit den mannigfachsten Bronchial- und Lungenaffectionen behaftet waren, verschieden starke Lösungen von Carbol- und Salicylsäure injicirt habe, um beliebige Strecken der Lungen in Bindegewebe umzuwandeln. In der Regel waren die Injectionen ohne Beschwerde ertragen worden, wenn jegliche Vorsicht der »Antisepsis« beobachtet worden war. Direct in die Lungenspitzen hat Mosler aus Furcht vor Blutungen nicht zu injiciren gewagt sondern sich auf die mittleren und unteren Parthieen beschränkt. Leider hat er in keinem einzigen Falle, ausser bei »Lungen-Echinococcus« den erwarteten Erfolg, Aenderung des Characters der Entzündung, narbige Schrumpfung, vollkommene Ausheilung des Processes erzielt. Indem er ausserdem der alten Idee der Eröffnung der Lungencavernen von aussen schon damals näher getreten ist, hat er verschiedene derartige Operationen gemeinsam mit seinem leider so früh verstorbenen Collegen Hüter ausgeführt, welche in jenem Vortrage genauer geschildert sind. Dieselben haben gelehrt, dass die Eröffnung von Lungencavernen sehr gut ausführbar ist, dass sie aber darum nicht den erhofften Erfolg hatten, weil an anderen Stellen der Lungen der tuberculöse Process trotzdem weiter vorgeschritten war. Dies war der Grund, warum Mosler in jenem Vortrage sich dahin ausgesprochen hat, dass alle Cavernen, die von Tuberculose herrühren oder damit complicirt zu sein pflegen, so lange ein »noli me tangere« für die operative Behandlung sein müssen, bis die Prüfung antiseptischer Mittel an besonderen pathogenen Pilzen auch für den Tuberkelbacillus von praktischem Erfolge begleitet sein wird.

Der Vortragende begrüsst darum die Entdeckung des Koch'schen Heilverfahrens als einen Fortschritt, der zu consequenten Versuchen mit localer Behandlung der Lungentuberculose auffordert. Es hofft, dass die von ihm vielfach geübte parenchymatöse Injection in die Lunge, wenn das Koch'sche Mittel dazu verwendet wird, rascheren

und besseren Erfolg haben wird, als die einfache subcutane Injection. Durch gleichzeitige Anwendung des Koch'schen Heilmittels dürften grössere Lungencavernen mittelst chirurgischen Eingriffes rascher zur Heilung zu bringen sein und die, nebenbei vorhandenen zerstreuten tuberculösen Herde, selbst kleinere Cavernen, die einem chirurgischen Eingriff noch nicht zugänglich sind, dadurch unschädlich gemacht werden. Nach Eröffnung der oberflächlich gelegenen Cavernen muss man mittelst desinficirender Ausspülungen bestrebt sein, die abgestossenen tuberculösen Gewebsparthien nach aussen zu befördern, wesshalb die Eröffnung der Cavernen der Injection des Koch'schen Mittels vorauszugehen hat.

Der Vortragende stellte den, mit Lupus des Gesichtes und Lungentuberculose behafteten 30 Jahre alten Arbeiter C. G. vor, bei dem er zu wiederholten Malen die parenchymatöse Injection von 1, 3, 5, 8 und 10mg Koch'scher Flüssigkeit direct in die Lunge vorgenommen hatte. Der Effect war ein eclatanter, noch niemals vor dem sind die Reactionserscheinungen am Lupus so deutlich beobachtet worden, wie in diesem Falle, und auch auf die Lungenaffection sind die Injectionen von günstigem Erfolge gewesen, wie in einer ausführlichen Mittheilung demnächst näher mitgetheilt werden soll. Jedenfalls hat dieser Fall auf's deutlichste dargethan, dass die parenchymatösen Injectionen der Koch'schen Flüssigkeit in die Lungen keinen Nachtheil haben, wenn sie von geübter Hand mit allen erforderlichen Cautelen ausgeführt worden. Sie sind darum auch noch bei anderen Kranken der Klinik zur Verwerthung gekommen und soll später ausführlich darüber berichtet werden, welche Vorzüge diese Behandlung vor der subcutanen Injection hat.

Bis jetzt ist nur bei einer Kranken der hiesigen medicinischen Klinik eine, im rechten oberen Lungenlappen gelegene Caverne von aussen geöffnet und darnach die subcutane Injection der Koch'schen Flüssigkeit vorgenommen worden. Die Kranke hat den Eingriff sehr gut vertragen, befindet sich bei der Behandlung sehr wohl, die Expectoration ist in erheblichem Grade darnach gesteigert worden. Ueber den therapeutischen Erfolg lässt sich zur Zeit ein Urtheil nicht abgeben. Colley.

(Schluss folgt.)

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 3. December 1890.

Vorsitzender: Herr Dr. Täufert. Schriftführer: Herr Dr. Graefe.

Herr **Weber: Erfahrungen und Beobachtungen über die Behandlung der Tuberculose nach der Koch'schen Methode.** (An anderer Stelle dieser Nr. abgedruckt.)

Herr **Kromayer: Histologisches über die Wirkungsweise des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose.**

Vortragender excidirte Lupusgewebe aus der Gesichtshaut eines Patienten, nachdem derselbe vor $7^1/_2$ Stunden eine Injection mit dem Koch'schen Heilmittel erhalten hatte. Die mikroskopischen Veränderungen wiesen auf eine im Leben bestandene acute Entzündung hin, welche sowohl in der weiteren, als auch besonders in der nächsten Umgebung der einzelnen Tuberkel ihren Sitz hatte. Diese Entzündung sei eine directe Folge der Injection, da vor der Injection entzündliche Vorgänge in der Umgebung der excidirten Partie nicht nachweisbar waren. Eiterzellen wanderten von der Peripherie des Tuberkel in denselben hinein, und bewirkten schliesslich eine Vereiterung desselben. Das Koch'sche Mittel bewirke nicht eine directe Nekrose des Tuberkels, sondern eine Entzündung des den Tuberkel ernährenden Bindegewebes, welche zu einer Vereiterung desselben führe. (Der Vortrag ist in extenso in der deutschen med. Wochenschrift erschienen. Vergl. auch das Ref. in Nr. 49 d. W.) Durch zahlreiche mikroskopische Präparate wurde das Gesagte illustrirt.

Herr Krause schliesst sich in der Deutung der vorgelegten Präparate den Ausführungen des Vortragenden an. Er vergleicht die durch die Injection gesetzten Veränderungen mit denen, welche gelegentlich durch Erysipelaserkrankung lupösen Gewebes entstehen. In dem von Kromayer geschilderten Befund sieht er aber erst das Anfangs-, nicht das Endstadium der Wirkung des Koch'schen Mittels. Letztere besteht doch in einer Nekrose des Tuberkels. Sei doch bei tuberculösen Gelenkserkrankungen durch Israel eine starke Abstossung nekrotischen Gewebes festgestellt, was bisher sonst nie beobachtet worden sei. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass diese nekrotischen Massen in die Lymphbahnen aufgenommen werden. Da erwiesenermaassen die Tuberkelbacillen nicht absterben, so sieht er in diesem Vorgang eine neue Gefahr für den Organismus.

Herr Kromayer bemerkt dagegen, dass er eine Resorption von tuberculösem Material durch die Lymphbahnen in Folge der Entzündung nicht für wahrscheinlich halte. Durch die um den Tuberkel im Bindegewebe massenhaft angehäuften Rundzellen werde vielmehr ein Schutzwall gegen das tuberculöse Gift geschaffen.

Herr Risel schildert kurz die mikroskopischen Veränderungen, welche bei Kehlkopftuberculose nach Injection der K.'schen Lymphe eintreten.

Herr Täufert macht aufmerksam auf die pathologisch-anatomische Thatsache, dass tuberculöse Lungenaffectionen sich unter dem Einflusse einer braunen Induration der Lunge, welche durch intercurrent auftretende Herzfehler bedingt wird, zurückbilden. Er führt diese Rückbildung auf Drucksteigerung des Gefässsystemes zurück. Es ist ihm der Gedanke gekommen, dass sich in Folge des K.'schen Mittels in den tuberculös erkrankten Lungen ähnliche Verhältnisse finden müssen, wie bei der braunen Induration. Bei dieser zeigen sich die Capillaren stark erweitert und geschlängelt; sie verengern das Lumen der Alveolen bedeutend, überall weit in sie hineinragend. Die Gefässwände sind unfiltrirt, die Intima getrübt. Ueberall finden sich Pigmentschollen von zerfallenen rothen Blutkörperchen und Infiltration von weissen Blutkörperchen, meist stark pigmentirt, jedenfalls von dem Pigment zerfallener rother Blutkörperchen. — Die Befunde von Israel erwähnen wesentlich die Masseninfiltration mit weissen Blutkörperchen in die Scheide der Gefässe und die Gewebe des tuberculösen Herdes, und alle Berichte über Einwirkung des Koch'schen Mittels geben einstimmend die colossale Gefässinjection in dem tuberculösen Gewebe an.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung am 2. December 1890.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

Einziger Gegenstand der Tagesordnung: **Demonstration der vorläufigen Ergebnisse, welche bei den Versuchen mit dem Koch'schen Mittel gegen Tuberculose bisher in den allgemeinen Krankenhäusern erzielt wurden.**

(Schluss.)

Dr. **Thost:** Meine Herren! Von den Fällen von Lupus und Tuberculose, an denen Ihnen die Wirkung des Koch'schen Mittels an der äusseren Haut und an den Gelenken demonstrirt wurde, zu den Fällen von Lungentuberculose, über die Ihnen nachher berichtet werden soll, bilden die Fälle von Kehlkopftuberculose, über die ich Ihnen kurz referiren will, und wo Sie die Einwirkung des Mittels auf die sichtbaren Schleimhäute sehen können, den Uebergang. Der Kürze der Zeit wegen will ich nur über die Fälle wenige Bemerkungen machen, ein Theil der Patienten befindet sich in dem Saal daneben, wo die Herren, die sich dafür interessiren, Lampe und Spiegel zur eigenen Untersuchung finden. Im Ganzen habe ich über 6 Fälle Erfahrungen sammeln können, 4 der Patienten sind hier im Krankenhaus behandelt, 2 ausserhalb der Anstalt. Man musste annehmen, dass bei den starken Oedemen, bei den narbigen Veränderungen und den begleitenden entzündlichen Erscheinungen, wie sie sich im Kehlkopf bei Tuberculose finden, die Reaction auf das Mittel eine ganz enorme sein würde. Das habe ich nicht gefunden, zum Glück sind bedrohliche Erscheinungen hier nicht eingetreten, das Mittel hat sich genau an das gehalten, was sein grosser Entdecker von ihm in seiner Publication sagt, es nekrotisirt nur das frische tuberculöse Gewebe, alle begleitenden oder abgelaufenen pathologischen Processe werden durch das Mittel nicht berührt.

Ich wende mich nun zu den einzelnen Fällen und berichte Ihnen zuerst über einen Fall von der Abtheilung von Dr. Schede:

1) Fritz Böttger, 21 Jahre. Ich sah den Patienten bei einer Consultation im September. Das blühende Aussehen des Patienten stand im grellen Widerspruch zu den Veränderungen in Lunge und Kehlkopf. In der Lunge fanden sich rechts über und unter der Clavicula alte phthisische Veränderungen mit Carcinomerscheinungen, links weniger ausgeprägt.

Im Larynx fand sich das Bild, das ich auf beiliegender Farbenskizze Ihnen darzustellen versucht habe: tiefe Röthung der Larynxschleimhaut, wahre Stimmbänder roth, benarbt und am freien Rand zackig, ulcerirt, an der vordern Commissur verwachsen, Interarytänoidschleimhaut infiltrirt vorgewölbt, geröthet, nicht ulcerirt, leichtes Oedem des Aryknorpel, leichte Stenose mit Stridor. Dabei bestand eine Analfistel, die Patienten sehr belästigte und wegen der ich ihn in die Anstalt schickte. Eintritt September. Die Fistel wurde geheilt auf operativem Wege, heilte aber langsam.

Am 25. November 1890, Morgens 6½ Uhr, erste Injection mit Koch'scher Flüssigkeit 0,006, Temperatur Abends 10 Uhr 38,8.

26. November, Früh 2 Uhr, Temp. 37,2. Starke Reaction auch im Larynx von Dr. Schede constatirt.

27. November, Früh 7 Uhr, Injection von 0,012. Temp. Abends 8 Uhr 38.5. Befund im Larynx, wie auf der Farbenskizze, die ich Ihnen herumgebe: Es fand sich ein enormes Oedem am linken Aryknorpel, der Larynx stark injicirt, die Zacken an den ulcerirten wahren Stimmbändern hochroth, stark geschwollen, an der Spitze ist das Gewebe gelblich eitrig eingeschmolzen; frische miliare Herde. Interarytänoidschleimhaut wegen des Oedems nicht sichtbar.

28. November. Temperatur ist abgefallen. Patient fühlt sich leichter, Larynx noch geröthet, Oedem am linken Aryknorpel geringer, besteht aber noch.

29. November. Patient fieberfrei. Larynx blass. Oedem fast geschwunden, die ganze Schleimhaut des Larynx, namentlich die wieder sichtbare Schwellung der Interarytänoidschleimhaut bedeckt mit eitrigem schmierigen Belag, ebenso die wahren Stimmbänder, wie Sie auf der folgenden Skizze abgebildet sehen.

30. November, Früh 10½ Uhr, Injection von 0,02. Um 2 Uhr Fieber, Schüttelfrost, Larynx stark geröthet, ödematös, so dass der Einblick in das Kehlkopfinnere sehr erschwert ist. Das Oedem ist jetzt mehr an der Epiglottis localisirt, deren Rand rechts aussen nach dem Zungengrund zu, links innen nach dem Taschenband hinab sehr stark ödematös infiltrirt ist. Auch beide Aryknorpel sind, der linke wieder in höherem Grade, ödematös geschwollen. Die wahren Stimmbänder hochroth, am freien Rand mit weissem eitrigem Schleim bedeckt. Temperaturmaximum Abends 10 Uhr 39,5. Leichte Dyspnoe.

1. December. Patient fieberfrei. Larynx blasser, Oedem besteht noch, ist geringer. Subjectives Wohlbefinden. Einblick in das Larynxinnere freier.

2. December. Heute 10 Uhr Injection von 0,025, wenig Reaction. Temperatur nur bis 38,0. Oedem im Larynx wieder etwar stärker. Allgemeinbefinden diesmal wenig verändert. Patient geht umher. —

Der zweite Patient, von dem ich Ihnen berichten will, war vordem in der Behandlung von Herrn Dr. Möser: Marcus Danziger, 29 Jahr, Commis in einem Lotteriegeschäft, bereits für belastet, früher 2 mal brustkrank.

Da Patient an einer Kyphoskoliose leidet, ist die Untersuchung der Lunge auf feinere Veränderungen nicht zu unternehmen, deutlichere Zeichen einer Verdichtung der Lunge fehlen. Das geringe Sputum frei von Bacillen. Dr. Möser theilt mit, dass im Larynx sich neben leichtem Oedem beider Aryknorpel an der Interarytänoidschleimhaut eine papilläre Excrescenz fand, die er entfernte, ausserdem fand sich das linke Stimmband verschmälert, in seiner Bewegung gehindert. Wegen mangelnden Lungen- nnd Sputumbefundes ist die Diagnose nicht bestimmt zu stellen.

Eintritt in die Anstalt 25. November. Patient fieberfrei. Auffallend blasser Larynx. Patient anämisch. Fast völlig heiser. Oedem beider Aryknorpel, linkes Stimmband schmäler, wie das rechte, weniger beweglich.

26. November, 11 Uhr früh, Injection von 0,01. Vermehrter Husten, Larynx vielleicht etwas mehr injicirt. Patient spricht sehr viel. Temperatur Abends 10 Uhr bis 38,9, etwas mehr Sputum, frei von Bacillen.

27. November. Patient fieberfrei. Im Sputum haben sich einzelne Bacillen gefunden. Patient fühlt sich wohl. Der Larynx bietet folgende Veränderungen, wie Sie auf vorliegender Skizze sehen. Die Innenfläche der Epiglottis marmorirte die Gegend des Pediolus hochroth, auf der Höhe der rothen gewulsteten Schleimhaut kleine gelbe festhaftende Schorfe. Gleicher Befund an den falschen Stimmbändern. Wahre Stimmbänder unverändert. Oedem an den Aryknorpeln vielleicht etwas röther und vermehrt. Leichte Diarrhoe.

28. Februar fieberfrei. Fühlt sich sehr wohl. Larynx immer noch roth, die Schorfe abgestorben. Heute zeigen sich in das Oedem des Aryknorpel eingelagert zahlreiche kleine gelbe miliare Herde, die zum Theil unter der Schleimhaut liegen, zum Theil oberflächlich gelegen und verschwärt sind.

29. November, 12 Uhr, Injection von 0,01. Patient reagirte auf diese Injection fast gar nicht, etwas mehr Husten, leichter Reiz im Kehlkopf. Larynxbefund Abends 6 Uhr, wie auf der Skizze: Die miliaren Herde an den ödematösen Aryknorpeln sind zum Theil verschwunden, dagegen sind am freien Rand der Epiglottis an symmetrischen Stellen zwei miliare gelbe Herde aufgetreten. Oedem geringer. Furche zwischen den beiden Aryknorpeln tiefer. Schmierig eitriger Belag auf der ganzen Larynxschleimhaut.

30. November. Larynx ohne jede Injection. Das Oedem geringer wie beim Eintritt. Schleimhaut überall glatt. Linkes Stimmband wie vordem schmäler und weniger beweglich. Stimme vielleicht etwas weniger heiser.

1. December. Patient fühlt sich wohl, verlangt seinen Austritt aus der Anstalt.

Ueber die beiden Fälle, die nun noch folgen und in denen sich bei beiden schon mehr maligne ältere Processe im Larynx fanden, während die Lungen nur wenig betheiligt waren, fand sich fast die gleiche Reaction auf die Injection.

Beide wurden am 27. aufgenommen, am 29. heute 12 Uhr injicirt mit 0,01, bei Beiden trat Abends 8 Uhr die höchste Temperatur von 40,0 ein und wenn Sie diese beiden Curven vergleichen, so zeigt sich, dass dieselben bis aufs kleinste Détail sich gleichen.

Bei beiden fanden sich an einzelnen Stellen der alten Geschwüre frische Schwellung und Verschorfung; bei dem Einen an dem Theil der wahren Stimmbänder, der bis dahin noch für ziemlich normal galt. Vermehrter Husten, einzelne Stiche in der Brust war auch bei Beiden zu constatiren; der grosse Unterschied bei diesen zwei Fällen war nur der, dass der eine Patient die Reaction sehr leicht ertrug, während der andere enorm hinfällig wurde, sehr frequenten Puls hatte und viel erbrach.

So hat dieser Patient auch auf die Injection diesen Morgen so stark reagirt, dass wir ihn denselben nicht vorführen können, während der Andere auf die heutige Injection von 0,015 kein Fieber bekommen hat und sich relativ wohl fühlt.

Von den beiden Fällen, die ich ausserhalb der Anstalt noch sah und die mit bedeutend geringeren Dosen behandelt wurden, meist nur 1 mg, kann ich Ihnen berichten, dass bei dem Einen, wo sich eine tuberculös inficirte Stelle an der Zunge fand, diese Stelle stärker anschwoll, in der Umgebung sich röthete und die Fissur fast heilte, während der Larynx, der sich leicht geröthet hatte, bedeutend abschwoll, die alten Geschwüre sich reinigten und vernarbten, so dass ich gerade bei diesem Fall die Ueberzeugung gewonnen habe, das Koch'sche Mittel werde für die Therapie der Larynxphthise mindestens ein sehr werthvolles, die Heilung wesentlich unterstützendes Mittel werden.

Unter den wegen Lungenphthise behandelten Patienten fand sich bei einem Patienten ein altes narbiges Stimmband. Trotzdem nun der Patient bei seiner fortgeschrittenen Lungenphthise stark reagirte, blieb das Stimmband ganz unverändert. Das Mittel verändert nur frische tuberculöse Infiltrate. So blieb auch in dem Fall Danziger das Oedem unverändert und nur die in demselben eingebetteten miliaren Herde werden bei der Reaction sichtbar. (Autorreferat.)

Herr **Arning** berichtet über einige Versuche, die er mit Koch'scher Injectionsflüssigkeit wesentlich in differentiell-diagnostischer Hinsicht angestellt hat. Sie betrafen zwei Kranke mit Lepra und zwei mit Lupus erythemathodes.

Die Leprafälle waren ganz rein und uncomplicirt, vor Allem jeder Verdacht von Tuberculose ausgeschlossen, und stellten typische Schulfälle ausgebildeter und über den ganzen Körper verbreiteter Lepra nervosum dar, von der makulösen Varietät. In beiden Fällen trat auch nicht die leiseste Reaction weder allgemeiner noch localer Natur ein, obwohl in dem einen Falle bei steigender Dose bis 0,01 und in dem anderen bis zu 0,006 des Mittels injicirt wurde.

Dagegen reagirten beide Fälle von Lupus erythemathodes recht lebhaft. In dem einen Falle, wo in der Kindheit vereiterte Halslymphome bestanden hatten, kam es nach 0,002 des Mittels zu einer sehr heftigen allgemeinen Reaction mit Schüttelfrost, grosser Unruhe und Temperaturen bis zu 39,5. Bis zur Entfieberung vergingen volle zwei Tage und bestand leichte Albuminurie. Eine locale Reaction trat aber weder an den Lupus erythemathodes-Scheiben der Kopfhaut, noch an den alten Drüsennarben ein.

Der andere Fall von Lupus erythemathodes reagirte bereits bei 0,002 bei allgemeiner Unruhe und gesteigerter Herzaction ohne wesentliche Temperaturerhöhung durch ein ausserordentlich heftiges Erythem, das zuerst die Streckseiten beider Ellbogengelenke, dann die vorderen und Seitenpartien des Rumpfes befiel, dort als zusammenhängende scarlatinöse Röthe, und nach den Grenzen zu als grossfleckige Roseola auftrat und ca 12 Stunden bestand. Diese Erythem wiederholte sich ohne nennenswerthes Fieber nach jeder Injection, die allmählich bis zu 0,006 gesteigert wurde. Auch in diesem Falle betheiligten sich die Lupus erythemathodes-Flecken der Stirne nur an der allgemeinen Injection der Haut ohne eine eigentliche specifische Reaction zu zeigen. (Autorreferat.)

Herr **Kast**: Im Gegensatz zu der ganz überwiegenden socialen und praktischen Wichtigkeit, welche der Behandlung der Lungentuberculose in der öffentlichen Discussion mit Recht beigemessen wird, dürfte sie heute bei einer vorläufigen Demonstration nur ein bescheidenes Schlusswort beanspruchen.

Kast betont zunächst, dass in diagnostischer Hinsicht in einer Anzahl von Fällen („falsche Chlorose", trockene Pleuritis u. dgl.) der Werth der „Probeinjection" sich trefflich bewährt und mehrmals auch ermöglicht habe, indem durch die Localreaction mit ihrem sonst fehlenden Hustenreiz etc. hervorgelockten Auswurf Bacillen nachzuweisen und damit in prompter Weise die Probe auf's Exempel zu machen. Kast glaubt hervorheben zu sollen, dass er gerade in der Combination von allgemeiner und örtlicher Reaction die diagnostische Bedeutung des Mittels erblickt habe — ein Moment, das da und dort nicht recht berücksichtigt zu werden scheine.

Im Uebrigen warnt Kast vor jeder ambulatorischen Behandlung, erinnert auf's Neue an die allseitige Mahnung, mit kleinen Dosen gerade bei der Phthise zu beginnen und auch langsam zu steigern, da die Grenze der „unschuldigen" Reaction anscheinend rasch überschritten werden könne, wie er an einem instructiven Falle darthut.

Durch die getroffenen Vorkehrungen glaubten die Krankenhäuser in den Stand gesetzt zu sein, in absehbarer Zeit an einem ausgewählten, nicht bis zur Unübersichtlichkeit ausgedehnten Material die Beobachtungen mit der Exactheit machen zu können, für welche Fräntzel's ausgezeichneter Bericht als mustergiltig gelten könne, und welche die Krankenhausärzte sowohl dem Interesse ihrer Collegen als der Krankenhäuser gegen den genialen Entdecker schuldig zu sein glaubten. (Autorreferat.)

Sitzung vom 16. December 1890.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

A. **Demonstrationen.** 1. Herr Unna demonstrirt 3 Lupusfälle, die nach älteren Methoden behandelt sind und demnächst mit dem Koch'schen Mittel injicirt werden sollen. U. hat in den letzten Jahren, entgegen manchen anderen Autoren, den Lupus für recht gut heilbar gehalten. Er stellt seine Fälle besonders deshalb vor, um von den Anwesenden zu hören, ob sie solche Narben, wie die vorliegenden, auch für lupusfrei erklären. Die Fälle betreffen a) einen 29jährigen Mann, der seit 27 Jahren an Lupus der linken Gesichts- und rechten Halshälfte leidet. Er wurde zuerst mit Auskratzungen, später theils mit dem Thermocauter theils mit dem Sublimatstift behandelt. Die gebrannten Partien bekamen Recidive, die geätzten blieben frei; b) ein 14jähriges Mädchen, das seit 7 Jahren an Gesichts- und Nasenlupus leidet. Behandlung zuerst mit Auskratzungen. Jetzt besteht noch Lupus des Zahnfleisches und Gaumendachs; c) ein 12jähriges Mädchen, das an multipler Tuberculose (Spina ventosa, Hauttuberculose und Lupus des Halses, der Wange und Augenlider) gelitten hat. Alle diese Affectionen sind mit Ausnahme des Gesichtslupus mit glatten, schönen Narben geheilt. Grade in Bezug auf diesen Fall möchte U. fragen, ob man solche Narben nach unseren jetzigen Kenntnissen nicht für geheilt aussprechen darf?

U. behält sich vor, über die Resultate der Injectionen später zu berichten. Jaffé.

(Schluss folgt.)

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 20. December 1890 im Operationssaal der chirurgischen Klinik.

Geheimrath **Thiersch: Bericht über das Koch'sche Mittel** und Vorstellung von Kranken.

Thiersch bezeichnet die Einführung des Mittels in die Behandlung der Tuberculose als den Beginn einer neuen Epoche in der Therapie. Die Wirkung desselben hat man sich so vorzustellen, dass zuerst an den tuberculös erkrankten Parthien Entzündung entsteht, welche pyrogene Substanzen in die Circulation abgiebt und dadurch Fieber erzeugt. Die Entzündung geht also dem Fieber voraus; dies ist auch aus einigen Lupuscurven deutlich ersichtlich, wo der Beginn des Fiebers der Anschwellung der lupösen Parthie nachfolgt. Das Fehlen des Fiebers bei nicht Tuberculösen erklärt sich also aus dem Nichtvorhandensein einer Entzündung. Merkwürdigerweise sinkt die Temperatur vor Ansteigen der ersten Fiebercurve etwas unter die Norm; ebenso ist der tiefste Stand der Temperatur in den Tagen nach der Injection durchschnittlich etwas tiefer wie normal. Das Fieber erreichte trotz niedriger Dosen (0,0005—0,03) oft eine bedrohliche Höhe (bis zu 41,3°) und führte bei schwächlichen Kindern häufig zu Somnolenz. Bei letzteren soll deswegen die Temperatur nicht über 38,5° gesteigert werden; tritt Erbrechen ein, so ist wegen Möglichkeit des Hinzutritts einer Meningitis mit der Injection auszusetzen. Um die mit dem Fieber verbundenen Gefahren zu umgehen, wurden Versuche mit parenchymatösen Einspritzungen von sehr verdünnten Lösungen in Theile des Lupusgewebes direct vorgenommen; Thiersch glaubte hierdurch die Wirkung des Mittels auf die erkrankten Gewebe beschränken zu können; bis jetzt haben aber die Versuche noch zu keinem befriedigenden Resultat geführt. Gefährlich kann unter Umständen eine Betheiligung der Lunge werden. So entstand bei einer Lupuskranken nach der Injection ausgedehntes Rasseln über beiden vorher anscheinend gesunden Lungen und starke Dyspnöe ohne Auswurf. Die Symptome verschwanden nach Ablauf der Reaction (Disseminirte Tuberculose?). Ein Fall von Tuberculose der Mastdarmschleimhaut und gleichzeitiger Erkrankung der Lungen wurde nicht gebessert. Von Wichtigkeit ist der Kräftezustand der Patienten, da nach den Injectionen bedeutende Gewichtsverluste beobachtet wurden; in weniger als 3 Wochen bis zu 17 Pfund. Die Injectionen müssen dann über grössere Zeiträume vertheilt oder zeitweise ausgesetzt werden.

Ueber die einzelnen Krankheitsformen ist, abgesehen von den bereits bekannten Erscheinungen, Folgendes zu bemerken.

Lupus; Zu beachten sind Sitz und Ausdehnung. Wahrscheinlich nistet sich der Lupus bei Kindern mit zarter Epidermis häufig ein, wo er sich unter dem Bild des scrophulösen Gesichtsekzems verbirgt. In dieser Anfangsform war er bisher nicht zu diagnosticiren, da nach den Untersuchungen von Karg Riesenzellen erst in ausgebildeten Lupusknötchen nachzuweisen sind, Bacillen nur äusserst spärlich vorkommen und Sporen sich nicht färben lassen. Eine Anzahl Karg'scher mikroscopischer Präparate diente zur Erläuterung. Zwei Kinder mit der ebengenannten Affection reagirten ausserordentlich auf die Injection und wurden in 14 Tagen geheilt. Handelt es sich um Lupus mit nachgewiesenen Riesenzellen in den Papillenspitzen (L. superficialis), so genügt einfache Ausschabung. Sind das Stroma und tiefer liegende Theile ergriffen, so kann mit Excision und nachfolgender Transplantation ein sehr gutes Resultat erzielt werden. (2 Fälle.) Bei ungünstigem Sitz dagegen (planta pedis) muss die Injection versucht werden. Alle schweren Formen, besonders mit Betheiligung der Schleimhäute, des Larynx u. s. w. sind nur mit Beihilfe der Operation zu heilen.

Lymphdrüsen sind wegen Unzugänglichkeit der verkästen Parthien für die Injection allein kein günstiges Object. Man operirt am besten zuerst und sucht den Resten durch die Injection beizukommen.

Gelenke: Zu beachten sind der Kräftezustand und das Stadium des Processes. Bei sämmtlichen Stadien zeigte sich eine Besserung in Bezug auf Beweglichkeit und Druckempfindlichkeit. Ist neben dem geschlossenen Fungus ein Abscess vorhanden, so wird letzterer nicht beeinflusst. Sind nach Operationen Fisteln zurückgeblieben, die sich nicht schliessen wollen, so schwinden sie in kurzer Zeit unter Einfluss des Mittels. Diese günstige Wirkung gilt für alle sogenannten Restfälle, wie sie Thiersch bezeichnet, d. h. für die nach Operationen zurückgebliebenen Reste des tuberculösen Processes. So wurde bei einer durch Excision und Transplantation anscheinend geheilten Lupösen nach der Injection ein solcher Restherd sichtbar, der dann zur Abheilung gelangte.

Das Mittel wirkt also am günstigsten bei beginnender Tuberculose, ferner da, wo der Herd stationär geworden ist und bei den Restfällen. Dagegen ist bei fortgeschrittenen Fällen, bei verkästen und Knochenherden operative Behandlung nothwendig. Individuelle Verhältnisse entscheiden darüber, ob Operation und Injection gleichzeitig oder in welcher Reihenfolge sie vorzunehmen sind. Thiersch bestätigt somit den Ausspruch von Koch, dass die Injection allein nicht ausreiche, um die erwähnten Formen der Tuberculose zu heilen.

Behandelt wurden seit dem 19. November 64 Fälle, davon 55 mit tuberculösen Erkrankungen: 12 Fälle von Lupus, sämmtlich gebessert. Tuberculose der Haut und Schleimhaut 3 Fälle; davon 2 gebessert. Lymphdrüsenerkrankungen 5; davon 3 gebessert, 1 im Gleichen, 1 geheilt. Spondylitis 3 Fälle: 1 gebessert, 2 im Gleichen. Coxitis 5 Fälle: 3 gebessert. Gonitis 8 Fälle, ausserdem 2 Restfälle nach Resectionen, die letzteren gebessert. Fussgelenk 7 Fälle: 3 gebessert, 1 im Gleichen, 3 Restfälle geheilt. Rippencaries 3 Fälle; alle gebessert. Multiple Caries 5 Fälle; davon 4 gebessert. J. Th.

Verschiedenes.

Weitere Publicationen über das Koch'sche Heilmittel gegen Tuberculose.

(Weitere klinische Erfahrungen über das Koch'sche Mittel.) Prof. Senator hat in der Universitäts-Poliklinik in Berlin seit 17. Nov. 53 Fälle mit ca 400 Einspritzungen behandelt. Er constatirt zunächst, dass die Stärke der Reaction sowie ihre Dauer und die Schnelligkeit ihres Eintritts in keinem Verhältniss zur Ausbreitung des tuberculösen Processes steht; vielmehr sei die individuelle Empfäng-

lichkeit maassgebend für die Reaction; da diese vorher sich nicht bestimmen lässt, so folgt die Nothwendigkeit, in allen Fällen mit kleinsten Dosen (0,001—0,003) zu beginnen. Unmittelbar nach der Injection beobachtete S. mitunter Erscheinungen, die mit der specifischen Wirkung des Mittels nichts zu thun haben; so sofort auftretender und rasch vorübergehender Frost, Schwindel, Uebelkeit, erythematöse Röthungen in der Einstichstelle, Anschwellung der nächstgelegenen Lymphdrüsen. Die allgemeine Reaction vergleicht S. mit der früher als Febricula bezeichneten Erkrankungsform; als Begleiterscheinungen sah er u. a. Milzschwellung, Herpes, Scharlach-, Masern- und Urticaria-ähnliche Exantheme; das Körpergewicht nahm ausnahmslos in der 1. Woche ab; in 1 Fall mit Darmtuberculose Polyurie. Darmtuberculose wird nach S. am günstigsten beeinflusst; auch ein Fall von Larynxtuberculose, der sichtliche Fortschritte zum Bessern macht, wird erwähnt. Phthisiker eignen sich nur im Anfangsstadium für die Behandlung. Als Zeichen der örtlichen Reaction in den Lungen sah S. wiederholt leichte Pleuritiden und Zeichen frischer Verdichtung, die nach 2—4 Tagen zurückgingen. Umgekehrt gingen in 2 Fällen ältere pleuritische Exsudate unter der Behandlung rasch zurück. Für vollständig contraindicirt hält S. das Mittel bei Tuberculose innerhalb der Schädelhöhle; Contraindicationen bilden ferner Nephritis und grosse Pleuraergüsse; bei bestehender Hämoptoe ist grosse Vorsicht geboten. Cachexie, Amyloiderkrankung schliessen das Verfahren aus. (B. Kl. W. No. 51.)

P. Guttmann hielt im städtischen Krankenhause Moabit-Berlin einen Demonstrations-Vortrag vor der Hufeland'schen Gesellschaft. Nach Besprechung der bekannten Reactionserscheinungen stellte er folgende Grundsätze für die therapeutische Anwendung auf: Man fängt mit 1 mg die Injectionen an. Tritt Reaction ein, so wird der folgende Tag freigelassen, am 3. Tage die gleiche Dosis injicirt und allmählich bei den folgenden Injectionen, aber stets mit einem freizulassenden Zwischentage, die Dosis um 1 mg erhöht. Allmählich kann man auf sehr hohe Dosen gelangen. Unter mehreren schon seit über 2 Monaten mit dem Koch'schen Mittel behandelten Kranken bekommen 2 junge Mädchen Injectionsdosen von 5 cg und ein junger Mann 10 cg. Die genannten 2 jungen Mädchen sind besonders deshalb erwähnenswerth, weil sie zu den am längsten dem Mittel überhaupt unterworfenen Fällen gehören und von Koch selbst seit Ende September, bezw. Anfang October behandelt wurden. In beiden Fällen sind die deutlich ausgesprochen gewesenen tuberculösen Erscheinungen unter der Koch'schen Behandlung vollständig zurückgegangen. Das eine Mädchen (T., 17 Jahre alt) hatte im December 1889 die Initialsymptome der Tuberculose, 8 mal Hämoptysis, im Januar 1890 Wiederholung der Hämoptysis; es traten die physikalischen Symptome einer doppelseitigen Spitzeninfiltration auf, wiederholt wurden Tuberkelbacillen im Sputum nachgewiesen. Seit 30. September Koch'sche Injectionen. Gegenwärtig sehr geringer Husten, im spärlichen schleimigen Secret keine Tuberkelbacillen, normaler Percussionsschall, kaum hier und da einmal ein trockener Rhonchus hörbar. Vollständig fieberfrei. Blühendes Aussehen. Das zweite Mädchen (L., 25 Jahre alt), seit 2 Jahren brustleidend, mit linksseitiger Spitzeninfiltration bis zur 3. Rippe, Tuberkelbacillen im Sputum, seit dem 1. October der Koch'schen Behandlung unterworfen, bietet gegenwärtig bei der physikalischen Untersuchung keine Abnormitäten, ist vollständig fieberlos; das spärliche Bronchialsecret ist von Tuberkelbacillen frei. Beide Mädchen können als geheilt von der Tuberculose betrachtet werden. (Berl. klin. Wochenschr 50/90.)

A. Fränkel, Oberarzt des Krankenhauses am Urban in Berlin, theilte am 8. ds. in der Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege seine über 31 Kranke, darunter 27 Phthisen, sich erstreckenden Versuche mit (D. med. W. Nr. 51). Von den 31 Fällen trat bei 9 eine typische, bei 17 eine nur leicht angedeutete Reaction auf; bei 5 fehlte eine solche zunächst; F. erklärt diese Unterschiede mit einer »individuellen Receptivität«; jedenfalls sei die Ausdehnung des Localleidens nicht allein für die Stärke der Reaction maassgebend. 4 mal beobachtete F. Albuminurie, 1 mal Icterus, 2 mal aphthöse Geschwüre auf Lippen- und Zungenschleimhaut, Exantheme keine; Vermehrung des Auswurfes und der Bacillen in letzterem war Regel. Auftreten neuer Dämpfungsgebiete, pleuritische Reibegeräusche und Rasseln, die vorher nicht bestanden hatten, wurden in einigen Fällen constatirt. Aus der Casuistik F.'s heben wir folgende Fälle hervor: Otitis med. tub.; nach der 1. Injection auffallende Vermehrung des Ohrenflusses mit massenhaften Bacillen; nach weiteren Injectionen Abnahme und endlich gänzliches Versiegen des Secretion; Verkleinerung der Perforationsöffnung, Aufhören der subjectiven Symptome. — Peritonitis diffus. tub. Der Fall war durch Laparotomie behandelt worden und geheilt; nachträglich vorgenommene Injectionen (bis zu 0,05) riefen keine wesentliche Reaction mehr hervor. — Diabetes mit tuberculöser Lungenphthise; auf wiederholte Injectionen bis zu 0,01 keine Spur von Reaction.

Prof. Ebstein berichtete am 4. ds. der med. Gesellschaft in Göttingen über die an der medicinischen Klinik daselbst angestellten Versuche; dieselben erstreckten sich nur über einen Zeitraum von 14 Tagen und bringen keine neuen Thatsachen; erwähnt sei nur die Angabe E.'s, dass in einer Reihe seiner Beobachtungen bei ausgesprocqener Tuberculose die Reaction ausblieb, selbst bei Injectionen bis 0,01 des Mittels; in einem Falle äusserte sich die Reaction in Temperaturerniedrigung, Arythmie der Herztöne, fortdauernder Albuminurie, Störung des Allgemeinbefindens und Localreaction in dem tuberculös erkrankten Kehlkopf. Als Contraindication bezeichnet E. (im Gegensatze zu Senator u. A.; s. o.) schwere tuberculöse Erkrankung des Darmcanals oder des Peritoneums, wegen der Gefahren der Durchlöcherung des Darmes, welche bei der Abstossung der durch das Mittel nekrotisch gemachten, tuberculös erkrankten Darmpartie drohen. Ferner bildet nach E. Schwangerschaft eine Gegenanzeige.

Rücksichtlich dieser letzten Behauptung ist zu bemerken, dass J. Hofmeier, Arzt am Elisabethen-Krankenhaus in Berlin (B Kl. W. No. 53) das Mittel bei 2 Schwangeren ohne Schaden für Mutter und Frucht anwendete; allerdings trat bei keiner der beiden Gravidae eine heftigere Reaction auf. H. glaubt als Grenze der Anwendung des Mittels bei Schwangeren den 180. Tag der Schwangerschaft festsetzen zu können.

Aus den Mittheilungen von Lenhartz, gemacht vor der med. Gesellschaft in Leipzig (D. med. W. No. 51) ist vor Allem ein Fall von Morbus Addisonii erwähnenswerth. Derselbe reagirte auf die erste Injection sehr stark, während jetzt, nach 8 Injectionen, keine Reaction mehr eintritt. Acute Fälle von Phthise reagirten prompter als chronische; während von 10 Fällen der ersteren Art bei allen Reaction eintrat, fehlte bei chronischen in 9 von 22 Fällen jede nennenswerthe Temperaturerhöhung; doch zeigte sich auch bei diesen eine Art von Reaction in Form allgemeiner und örtlicher Störungen. In einigen Fällen hat L. jetzt schon Besserung der örtlichen Erscheinungen feststellen können.

Einen Fall von Morbus Addisonii behandelte auch Pick-Prag mit Koch'schen Injectionen. Auf die 1. Injection von 0,01 trat keine Reaction auf; die 2. Injection hatte heftige allgemeine Reaction zur Folge; zugleich traten heftige Schmerzen in der Lendengegend auf, die sich auf Druck steigerten. P. hält daher eine tuberculöse Erkrankung der Nebennieren für sehr wahrscheinlich. (Prager med. W.)

F. Wolff hat an der seiner Leitung unterstellten Dr. Brehmer'schen Heilanstalt in Görbersdorf bisher über 70 Phthisiker mit circa 300 Injectionen behandelt. W. bedient sich der Stroschein'schen Spritze (beschrieben i. d. W. 1890, Nr. 12, pag. 229), die eine exactere Dosirung und genauere Sterilisirung gestattet als die Koch'sche und Pravaz'sche. W. fasst die Folgerungen, zu denen er sich bisher berechtigt glaubt, in nachstehenden Sätzen zusammen: 1) Lungenkranke, die durch die hygienisch-diätetische Behandlung auf den Weg der Heilung gebracht sind, reagiren auf kleine Dosen des Koch'schen Impfstoffes in der Regel nicht mit hohem Fieber; häufig ertragen diese Kranken die Maximaldose von 0,001 g ohne Fieberreaction. 2) Das Fieber ist eine nicht nothwendige Begleiterscheinung der Reaction; dieselbe muss zuweilen in oft unbedeutenden subjectiven Symptomen der Kranken gesucht werden. 3) Auch ohne subjective Symptome lässt sich objectiv in manchen Fällen eine Wirkung des Koch'schen Mittels durch den Befund des Kehlkopfes, den der Lungen oder des Sputums schon nach den ersten Injectionen nachweisen. 4) Bei früher eingeleiteter und während des Koch'schen Verfahrens fortgesetzter Freiluftcur treten die Erscheinungen der Reaction auch bei schweren Kranken mit leichten Fieberbewegungen und nach mangelhafter Ernährung in leichter Form und ohne wesentliche Schwächung der Kranken auf. 5) Schwerkranke zeigen eine gewisse Reaction schon bei minimalster Dosis der Injection. Bei langsam steigender Dosis ist eine Besserung der subjectiven Symptome zuweilen auch bei Schwerkranken zu beobachten. 6) Selbst bei den kräftigsten und scheinbar unempfindlichsten Patienten dürfen die Koch'schen Injectionen zu Beginn nur in kleinster Dosis gegeben werden, und stets ist vor rascher Vermehrung der Injectionsmenge zu warnen.

In 2 klinischen Vorlesungen am 16. und 17. ds. sprach sich Leyden, seine bisherigen Erfahrungen über das Mittel resümirend, dahin aus, dass der diagnostische Werth im Ganzen, aber keineswegs unbedingt, zuzugeben sei: es gebe Tuberculöse, die nicht reagireu and Nichttuberculöse, die reagiren. Diagnostische Probeinjectionen solle man ohne besonderen Grund nicht machen, da ein positives Resultat doch nicht beweisend sei und eventuell einen ungünstigen psychischen Einfluss äussere. Therapeutisch sei eine heilende Wirkung bei Lupus und Kehlkopftuberculose schon jetzt zuzugeben. Bei Lungenleiden konnte L. in den schweren Fällen gar keinen Einfluss constatiren und wurde der Process nicht aufgehalten. Andere Fälle seien befriedigend verlaufen, andere sehr günstig. Doch sei es überaus schwierig jetzt schon etwas über Heilung zu sagen; bis jetzt habe man einen Lungenkranken erst für gesund gehalten, wenn er jahrelang von Rückfällen frei blieb. L. erinnert daran, dass beginnende Phthisen schon jetzt unter geeigneter Bebandlung, (z. B. in Falkenstein) in etwa 1/3 der Fälle heilten, hoffentlich werde die Zahl der Heilungen durch das Koch'sche Mittel erheblich vermehrt werden. (B. kl. W. 53/90.)

(Weitere chirurgische Erfahrungen.) In der chirurgischen Klinik zu Heidelberg wurden bisher von Czerny an 55 Kranken 148 Injectionen vorgenommen; die Fälle betrafen chirurgische Tuberculosen der verschiedensten Art. C. fand (im Gegensatz zu vielen Anderen), dass die Reaction im Allgemeinen um so schwerer war, je schwerer und zahlreicher die tuberculösen Localaffectionen waren. Er sieht den Hauptwerth der Methode in Verbindung mit der chirurgischen Behandlung; chirurgische Eingriffe bleiben nach wie vor nöthig. C. hält es für erwiesen, dass das Mittel ein Specificum gegen Tuberculose ist; doch ist die specifische Wirkung keine untrügliche; es giebt nicht tuberculöse Menschen, die auf 1 cg heftig reagiren, während manchmal entschieden Tuberculöse sich unempfindlich erweisen; es kommt heftige Localreizung ohne Fieber und Fieber ohne locale Reaction vor; die Ursache dieser Verschiedenheiten ist vorläufig unklar. Aus der Casuistik C's ist ein Fall interessant, in dem bei tuberculöser Spondylitis auf 0,005 motorische und sensible Lähmung beider Beine und des Rumpfes in Folge von Oedem des Rückenmarks entstand, so dass die

Trepanation der Wirbelsäule vorgenommen werden musste. — C. schliesst mit dem Wunsche, dass das Geheimniss, das über der Natur des Mittels schwebt, bald gelüftet werde. (D. med. W. Nr. 51.)

Ueber die auf der chirurgischen Abtheilung des Augusta-Hospitals in Berlin mit der Koch'schen Methode gemachten Erfahrungen hielt Medicinalrath Lindner, der neuernannte leitende Arzt dieser Abtheilung, am 8. ds. Vortrag in der Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege. L. rühmt vor Allem den diagnostischen Werth des Mittels, den er an vielen Fällen erprobt; der Chirurg erkennt vermöge desselben nach Eingriffen, ob alles Krankhafte wirklich entfernt ist. Die Ausdehnung des Processes ist für die Höhe der Reaction nicht von grosser Bedeutung. (D. Med.-Ztg. Nr. 100.).

(Combination des Koch'schen Verfahrens mit Jodkalibehandlung.) Bemerkenswerth ist eine Anregung von Dr. Heinz, Assistent des pharmakologischen Institutes in Breslau (Berl. Kl. W. No 52). Derselbe fand bei Versuchen über die Wirkung der Jodsalze, dass die resorptionsbefördernde Wirkung dieser darauf beruht, dass die Jodide eine specifische Einwirkung auf die weissen Blutkörperchen, denen ja die Hauptarbeit bei der Resorption festen Materials obliegt, ausüben. Diese Einwirkung besteht in einer vermehrten Bildung und Diapedese der Leukocyten und in einer Anregung derselben zu vermehrter Thätigkeit und intensiver Kraftleistung; H. glaubt, dass an den Leukocyten eine Spaltung der Jodide und Freiwerden kleinster Mengen Jod statthat, und dieses letztere die erwähnten reizenden Wirkungen hervorruft (grössere Mengen Jod lähmen die Leukocyten). Auf Grund dieser Theorie schlägt H. vor, überall da, wo eine Entfernung des tuberculösen Herdes nach aussen ausgeschlossen, eine Resorption aber noch möglich erscheint, eine energische Jodkaliumbehandlung an die Koch'sche Behandlung anzuschliessen. Auf diese Weise könnten die durch das Koch'sche Mittel erzeugten nekrotischen Herde, die, da sie noch lebende Bacillen enthalten, eine stete Gefahr für den Organismus bilden, weggeschafft werden. Der Vorschlag soll demnächst auf der Klinik von Mikulicz erprobt werden.

(In der Gesellschaft der Aerzte in Wien) demonstrirte am 5. ds. Dr. Riehl einige mikroskopische Präparate, um die Einwirkung des Koch'schen Heilmittels auf tuberculöses Gewebe zu zeigen. Die Schnitte stammen von einer 53jährigen Frau, welche vor 5 Jahren wegen Caries im Kniegelenke amputirt worden war. Kurz darauf entwickelten sich tuberculöse Ulcerationen des Amputationslappens. Es stellte sich erst nach der dritten Injection, nachdem zuerst 1, dann 2 und schliesslich 6 mgr injicirt worden waren, eine intensive örtliche und allgemeine Reaction ein. Im mikroskopischen Präparate erscheinen nun die Rundzellen, sowohl Granulationszellen als Leukocyten, bedeutend vermehrt, die Tuberkeln sind vom Rande her mit Leukocyten durchsetzt uud von einem dichten Netze von Fibrin umgeben. Diese Erscheinungen entsprechen denen einer acuten Entzündung der Haut, und zwar manifestirt sich die Entzündung namentlich um die Tuberkel herum. Auf Tuberkelbacillen hat Redner bei der Kürze der Zeit noch nicht systematisch untersuchen können. Unter 4—5 Schnitten fand er in einer Riesenzelle einen Bacillus.

Prof. Kaposi hat eine Reihe von lupösen und nicht lupösen Kranken der Injection mit dem Koch'schen Mittel unterzogen, um dasselbe auf seinen diagnostischen Werth zu prüfen. Bei allen nicht Lupösen wurde durch genaueste klinische Untersuchung eine anderweitige tuberculöse Erkrankung ausgeschlossen.

Von 2 Patienten mit gruppirtem Syphilid zeigte keiner, auch nicht auf grössere Dosen (1 cgr), Reaction. Ein Dritter mit offenem Gumma über dem Knie reagirte prompt mit Fieber und wies eine zweifellose seröse Exsudation an der erkrankten Stelle auf. Bei einer Frau mit Lupus erythematodes acutus, einer durchaus nicht tuberculösen Erkrankung, trat colossales Fieber und heftige locale Reaction auf. Bei einem Sarkomkranken — die Diagnose war klinisch und mikroskopisch sichergestellt — stellte sich Fieber ein; das in der Pharynxwand sitzende Sarkom zeigte eine oberflächliche Durchtränkung und Röthung des Gewebes, Verkleinerung und grössere Beweglichkeit des Tumors. Bei einem Falle von Lepra maculosa trat geringe Fieberbewegung auf, gleichzeitig zeigten aber die Lepraflecke eine Intumescenz und nach der zweiten Injection präsentirte sich der Fall wie eine Lepra tuberosa. In einem zweiten Falle von Lepra blieb jede Reaction aus. Ein Patient mit specifischer Angina und maculopapulösem Syphilid zeigte zwar keine Fieberreaction, aber das Auftreten einer Localreaction an der rechten Tonsille. Bei 2 Lupuskranken von 20 ist trotz localer Reaction kein Fieber aufgetreten.

Die Injectionen wurden schon nach zwei Tagen wiederholt. Dabei traten die Reactionserscheinungen so stürmisch auf, dass der Gedanke an eine cumulirende Wirkung des Mittels nahelag. K. ist daher der Ansicht, dass man eine längere Zeit, etwa eine Woche, zwischen den einzelnen Injectionen verstreichen lassen solle.

Im Anschluss hieran bemerkt Prof. Neumann, der ebenfalls bei einem Gumma syphilitische Reaction beobachtete, dass in solchen nicht tuberculösen Fällen die Reaction nie die Intensität und Regelmässigkeit der Erscheinungen aufweise, wie bei Lupus.

Prof. v. Schrötter macht in der Sitzung vom 12. ds. einige Bemerkungen über das Koch'sche Mittel. Dasselbe ist nach seiner Ansicht unschädlich, wenn es richtig angewendet wird. Er fängt mit sehr kleinen Dosen (1 mg) an und steigt nur ganz allmählich. Was die diagnostische Bedeutung des Mittels betrifft, so hat er Reaction nur bei tuberculösen Erkrankungen gesehen. Zu Heilzwecken wurde das Mittel in leichteren und schwereren Fällen von Larynx- und Lungentuberculose angewendet. Bei Kehlkopftuberculose konnte er nach den Injectionen gar keine Veränderungen im Larynx wahrnehmen. Auch in den Lungen liess sich, ausser einer Vermehrung des Auswurfes keinerlei Veränderung, namentlich keine Zunahme der Verdichtungserscheinungen, constatiren. Trotz guter Verpflegung trat in allen Fällen eine Abnahme des Körpergewichtes ein. Einen sicheren Einfluss hat das Mittel auf die Tuberculose der äusseren Haut. Ueber die Heilwirkung kann erst eine längere Beobachtung Aufschluss geben. (Wr. med. W. Nr. 50.)

(In der Sitzung des Vereins der deutschen Aerzte in Prag) am 28. November 1890 berichtete v. Jaksch über seine Erfahrungen (Prag. med. W. Nr. 49) die er folgendermaassen zusammenfasste:

1) Die Beobachtungen auf unserer Klinik bestätigen in allen Einzelnheiten die bekannten Angaben von Koch.

2) Diese Heilmethode hat bei entsprechender Vorsicht keine oder nur geringe Gefahren, ja auch keine oder nur geringe Beschwerden für den Kranken zur Folge.

Gelingt es mit diesem Verfahren Phthise zu heilen? Diese Frage kann heute noch nicht beantwortet werden, da die Beobachtungsdauer eine viel zu kurze ist; jedenfalls berechtigt diese Methode zu den schönsten Hoffnungen und bin ich überzeugt, dass Koch's Ausspruch, dass es mittelst derselben gelingt, eine beginnende Lungentuberculose zu heilen, durch die Thatsachen Bestätigung finden wird.

Im Anschluss an diesen Vortrag stellt Prof. Pick 2 Fälle von Lupus vor, die beide auf die Injectionen reagirt hatten, während ein ebenfalls injicirter Fall von Rhinosklerom reactionslos blieb. P. beantwortet die Frage nach dem diagnostischen Werth des Mittels im bejahenden Sinne.

Zum Schlusse stellte Prof. Gussenbauer 3 mit Koch'scher Lymphe behandelte Fälle vor.

(Koch's Verfahren in England.) Die englischen Blätter bringen in dieser Woche nur spärliche Mittheilungen über die Anwendung von Koch's Verfahren in England. Erwähnenswerth ist nur ein Artikel von C. Theodor Williams, dem leitenden Arzt des grossen Hospitals für Schwindsüchtige in Brompton bei London, in welchem er seine in Berlin gewonnenen Eindrücke schildert. W. spricht sich äusserst zurückhaltend aus; Besserungen, wie er sie in einer Anzahl von Fällen sah, kämen auch in Brompton und anderen Phthise-Hospitälern unter gewöhnlichen Bedingungen in Bezug auf Diät und Behandlung vor; sie könnten sich aber bei weitem nicht vergleichen mit den Resultaten, wie sie in Davos, St. Moritz oder Colorado erzielt würden. Immerhin habe sich Koch schon so grosse Verdienste um die Medicin erworben, dass seine Behandlungsmethode der Tuberculose eine gründliche und unparteiische Prüfung verdiene.

(Koch's Verfahren in Italien.) Am 5. December berichtete Prof. Cantani in Neapel, dass er an seiner Klinik mit der Anwendung des Koch'schen Mittels begonnen habe. In dem ersten Falle, der vorgestellt wurde, war die Injection schon 2 Tage früher gemacht worden und die Reaction war abgelaufen. Es handelte sich um einen Kranken mit tuberculöser Erkrankung hauptsächlich der rechten Lunge. Dosis 2 mg. Die Reaction bestand in Schüttelfrost, Erhebung der Temperatur auf 38,6, vermehrten Husten, Gefühl von Trockenheit im Schlund und in der Kehle, Kopfschmerzen, allgemeines Schwächegefühl, Vermehrung des Auswurfs, endlich Schwellung und Schmerzhaftigkeit in den rechtsseitigen Achseldrüsen. Die Menge der Bacillen im Auswurf erschien vermindert — wohl wegen der starken Vermehrung des Sputums. Nach Abfall des Fiebers fühlte sich der Kranke besser.

Beim zweiten Falle handelte es sich um einen Kranken mit chronischer Bronchopneumonie der rechten Spitze; die wiederholte Untersuchung hatte jedoch niemals Bacillen im Sputum ergeben. Das Mittel wird in diesem Falle zunächst von diagnostischem Werthe sein. Die Injection wurde erst in der Klinik vorgenommen.

Prof. Cantani benützt zur Injection eine Tursini'sche Spritze. Die Koch'sche Flüssigkeit erhielt er durch Vermittlung des nach Berlin gereisten Prof. Rummo, Redacteurs der Riforma medica.

(Rif. med. 1890, Nr. 284.)

(Gallerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Als zweites Blatt unserer Sammlung legen wir das Portrait Geheimraths v. Nussbaum der heutigen Nummer bei. Das Bild des allverehrten Lehrers, der wie kein anderer der Freund seiner Schüler zu werden verstand, wird vielen unserer Leser, die zu Nussbaum's Füssen sassen, eine liebe Erinnerung und eine willkommene Weihnachtsgabe sein. Der Aufgabe, die Bedeutung v. Nussbaum's an dieser Stelle nochmals zu schildern, enthebt uns der erst vor Kurzem (in Nr. 46) erschienene Nekrolog aus der Feder Dr. Lindpaintner's.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. Dec. Am Donnerstag den 18. ds. begannen die Plenarsitzungen des bayerischen obersten Schulrathes. Zum ersten Gegenstand der Tagesordnung »Anforderungen der Hygiene an Mittelschulen« erstattete Geheimrath v. Kerschensteiner eingehendes Referat, das gründlichen Berathungen dieser Frage zur Unterlage diente. Wir werden über die Verhandlungen, soweit sie vom ärztlichen Standpunkte von Interesse sind, demnächst näher berichten.

— Der »Reichs-Anzeiger« schreibt: »In ärztlichen Kreisen ist, wie es scheint, die Annahme verbreitet, dass Gesuche um Erlangung des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose an den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten zu richten seien. Diese Annahme ist unbegründet. Vielmehr ist nach wie vor allein Dr. Libbertz (Berlin NW., Lüneburgerstrasse 28) mit der Abgabe des Mittels befasst, und es haben sich daher die Gesuchsteller mit ihren Wünschen an dessen Adresse zu wenden.«

— Der X. Congress für innere Medicin findet vom 6. bis 9. April zu Wiesbaden statt. Den Vorsitz führt Herr Leyden (Berlin). Zur Verhandlung kommen voraussichtlich folgende Themata: Die Gallensteinkrankheiten; Referenten: Herr Naunyn-Strassburg und Herr Fürbringer-Berlin. Angina pectoris; Referenten: Herr A. Fränkel-Berlin und Herr O. Vierodt-Heidelberg. Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Th. Schott-Nauheim: Zur Differentialdiagnostik des Pericardialexsudates und der Herzdilatation. Herr Kahler-Wien: Ueber intermittirende Albuminurie.

— Vom pfälzischen Schwurgericht wurde dieser Tage ein Arzt wegen eines Vergehens der Verletzung fremder Geheimnisse zu 500 Mark Geldstrafe und Tragung der Kosten verurtheilt. Derselbe hatte eine Broschüre veröffentlicht, in welcher er behauptet, dass ein von ihm in Gemeinschaft mit einem anderen Arzte behandeltes Kind einer hereditären Veranlagung erlegen sei, um mit dieser Schrift Vorwürfe, welche ihm wegen angeblich fehlerhafter Behandlung der Krankheit des Kindes gemacht worden waren, zu entkräften. Die Verweisung vor das Schwurgericht war erfolgt, weil das in Rede stehende Vergehen durch ein Presserzeugniss begangen war.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 49. Jahreswoche, vom 30. November bis 6. December 1890, die geringste Sterblichkeit Kassel und Plauen i. V. mit 13,5, die grösste Sterblichkeit M. Gladbach mit 34,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— In Milwaukee erscheint ein neues Centralblatt für Psychiatrie und Nervenkrankheiten unter dem Titel: The Review of Insanity and Nervous Disease, herausgegeben von Dr. James H. Mc Bride.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Die beiden Professoren Liman und Scrzeczka feierten am 14. ds. ihr 25jähr. Professorenjubiläum. — Halle a. S. Prof. Bramann ist an seinem Vermählungstage am 18. ds. vom Kaiser in den erblichen Adelstand erhoben worden. — Rostock. Der Privatdocent von der Berliner Universität, Stabsarzt Dr. F. Martius, wird einer an ihn ergangenen Berufung zum ausserordentlichen Professor der inneren Medicin an der hiesigen Universität zum 1. April nächsten Jahres Folge leisten. Dr. Martius ist 4 Jahre lang Assistent in der Klinik Gerhardt's in Berlin gewesen.

(Todesfall.) Der Professor der Pharmacie und Ophthalmologie Dr. v. Becker in Helsingfors ist gestorben.

Correspondenz.

Falkenstein im Taunus, den 19./XII. 1890.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Eine mir ungemein peinliche Angelegenheit, deren Kundmachung aber als eine nicht zu umgehende Gewissenspflicht erscheint, zwingt mich, Ihre freundliche Mithülfe in Anspruch zu nehmen.

Durch einen Zufall entdeckte ich nach Beginn des neuen Koch'schen Heilverfahrens in unserer Anstalt mit meinen jüngeren Collegen, Herren Dr. Meissen und Dr. Hess, im Beisein mehrerer anderer Aerzte, dass unsere, nach Geheimrath Koch benannten Injectionsspritzen, von denen ich 5 Stück auf Empfehlung eines der ersten Mitarbeiter des berühmten Forschers bei dem Instrumentenmacher Lautenschläger, Ziegelstrasse Nr. 25 in Berlin bezogen hatte, durchaus ungenau graduirt waren.

Bei sorgfältigster, wiederholt gewissenhaft angestellter Prüfung bezw. Wägung der bis zum Theilstriche 10 mit destillirtem Wasser gefüllten Spritzen auf einer vorzüglichen sogenannten Apothekerwaage fanden wir bei mehreren geradezu erschreckende Unterschiede. So enthielt eine der fünf Spritzen statt eines Cubikcentimeters Wasser beim Theilstrich 10 nur 0,7 und eine andere 1,3! Keine derselben enthielt genau einen Cubikcentimeter.

Diese Spritzen sind zur Nachprüfung noch in meinem Besitze.

Es kann also, falls man nicht stets mit derselben Spritze operirt, unter Umständen wider Willen und Wissen fast das Doppelte von dem doch wahrlich nicht indifferenten Koch'schen Mittel einverleibt werden.

Die Gefahren, welche aus einer solchen nicht stark genug zu rügenden Unzuverlässigkeit der mit der Herstellung und dem Verkauf solcher wichtigen Instrumente sich befassenden Geschäfte hervorgehen können und den Hinweis, dass vielleicht schon manche, dem berühmten Mittel zur Last gelegten bedauerlichen Folgen durch jene verursacht wurden, besonders hervorzuheben, ist überflüssig.

Ich fühle mich, im Interesse der Kranken und unserer schweren ärztlichen Verantwortung, verpflichtet, durch Ihr Organ auf die Thatsache einer Fabricationsweise, die doch wahrlich hier nicht durch den Verkaufspreis bestimmt werden kann, aufmerksam zu machen und den Herren Collegen anzurathen, sich nur genau graduirter Injectionsspritzen bei Anwendung des Koch'schen Mittels zu bedienen.

Mit der Versicherung vorzüglichster Hochachtung bin ich

Ihr ergebener

Dr. Dettweiler.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung. Franz Frhr. v. Schönhueb in Leipheim (B.-A. Günzburg.

Abschied bewilligt. Von der Landwehr 1. Aufgebotes dem Stabsarzt Dr. Karl Blaualt (I. München) mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform; dem Assistenzarzt I. Cl. Dr. Heinrich Kreuzmann (Aschaffenburg).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 50. Jahreswoche vom 7. bis 13. December 1890.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 17 (10*), Diphtherie, Croup 78 (60), Erysipelas 16 (17), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (5), Kindbettfieber 3 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 61 (51), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 6 (4), Parotitis epidemica 4 (5), Pneumonia crouposa 11 (18), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 28 (28), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 15 (21), Tussis convulsiva 18 (23), Typhus abdominalis 2 (2), Varicellen 35 (48), Variola, Variolois — (—). Summa 297 (293). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 50. Jahreswoche vom 7. bis incl. 13. December 1890.

Bevölkerungszahl 345,000 [1])

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 4 (5), Scharlach — (1), Rothlauf 1 (1), Diphtherie und Croup 9 (5), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall — (2), Kindbettfieber — (1), Croupöse Lungenentzündung 6 (2), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (1), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 4 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 163 (173), der Tagesdurchschnitt 23.3 (24.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.6 (30.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14.7 (20.3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.0 (18.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

[1]) Nach dem vorläufigen Ergebnisse der Volkszählung vom 1. December 1890.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Rouvier, Revue internat. de Bibliographie med., pharm. et vét. Vol. II. Nr. 3. Preis 18 Frcs.

Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien vom Jahre 1889. Wien 1890.

Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 14 Vorlesungen. Mit 21 Abbildungen im Texte. Jena, G. Fischer, 1891. Preis 4 M.

Transactions of the Association of American Physicians. Vol. V. Philadelphia, 1890.

Krause, Die Tuberculose der Knochen und Gelenke. Mit 5 Lichtdrucktafeln und 43 Abbildungen im Texte. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1891.

Mattoni, Block-Kalender pro 1891.

Leser, Specielle Chirurgie in 50 Vorlesungen. Mit 193 Abbildungen. Jena, G. Fischer, 1890. Preis 16 M.

Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und spec. pathologischen Anatomie. VI. Aufl. II. Bd. Spec. pathol. Anatomie. Jena, G. Fischer, 1890. Preis 16 M.

Nauwerck, Ueber Muskelregeneration nach Verletzungen. Mit 5 lith. Tafeln. Jena, G. Fischer, 1890. Preis 6 M.

Bloch, Mechanische Hilfsmittel der menschlichen Athmung. S.-A. Wr. med. W.

Preussischer Medicinal-Kalender 1891. 2 Theile; nebst Ergänzungsband: Zusammenstellung der gültigen Medicinalgesetze Preussens. Berlin, A. Hirschwald.

Bossano, L'origine microbienne du tetanos. Paris 1890.

Leube, Ueber eine eigenthümliche Form der Alexie. S.-A. Ztschr. f. klin. Med. Bd. XVIII.

Heitzmann, Anwendung der Bäder mit Moorextracten bei Frauenleiden. Berlin, Heuser, 1891.

Peyer, Der unvollständige Beischlaf. Stuttgart, Enke, 1390. Preis 1,60 M.

v. Krafft-Ebing, Neue Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis. Stuttgart, Enke, 1890. Preis 2,40 M.

Odontius, Student, „College" und Arzt in den Vereinigten Staaten. Stuttgart, Union, 1890.

Roth, Medicinische Statistik der Stadt Bamberg 1885—1889.

Mehler, Die Unfallversicherungs-Gesellschaften mit besonderer Rücksicht auf die Versicherung von Aerzten und ärztlichen Vereinen. Georgensgmünd.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.